345

THÈSE

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

36700

LANE LIBRARY

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1908 — N° —

THÈSE

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le jeudi 16 juillet 1908, à 1 heure

Par **Emile BEAUJEU**

Né à Lezoux (Puy-de-Dôme), le 17 juin 1882
Externe des hôpitaux et de la clinique ophtalmologique de l'Hôtel-Dieu
Médaille de bronze de l'Assistance Publique
Prix Marjolin

INDICATIONS ET CONTRE-INDICATIONS DE L'OPÉRATION DE LA

CATARACTE CHOROIDIENNE

Président : M. DE LAPERSONNE, *professeur.*

Juges : MM. POZZI, *professeur.*
AUVRAY et MORESTIN, *agrégés.*

PARIS
IMPRIMERIE DES FACULTÉS
A. MICHALON
10, Rue de Vaugirard, 10 *(près l'Odéon)*
(Anciennement : 26, rue Monsieur-le-Prince)

1908

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Doyen	M. LANDOUZY.
Professeurs	MM.
Anatomie	NICOLAS.
Physiologie	Ch. RICHET.
Physique médicale	GARIEL.
Chimie organique et chimie générale	GAUTIER.
Parasitologie et Histoire naturelle médicale	BLANCHARD.
Pathologie et thérapeutique générales	BOUCHARD.
Pathologie médicale	DEJERINE. BRISSAUD.
Pathologie chirurgicale	LANNELONGUE.
Anatomie pathologique	Pierre MARIE.
Histologie	PRENANT.
Opérations et appareils	QUENU.
Pharmacologie et matière médicale	POUCHET.
Thérapeutique	GILBERT.
Hygiène	CHANTEMESSE.
Médecine légale	THOINOT.
Histoire de la médecine et de la chirurgie	G. BALLET.
Pathologie expérimentale et comparée	ROGER.
Clinique médicale	HAYEM. DIEULAFOY. DEBOVE LANDOUZY.
Maladies des enfants	HUTINEL.
Clinique de pathologie mentale et des maladies de l'encéphale	JOFFROY.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	GAUCHER.
Clinique des maladies du système nerveux	RAYMOND.
Clinique chirurgicale	LE DENTU BERGER. RECLUS. SEGOND.
Clinique opthalmologique	De LAPERSONNE.
Clinique des maladies des voies urinaires	ALBARRAN.
Clinique d'accouchements	PINARD. BAR. RIBEMONT-DESSAIGNES.
Clinique gynécologique	POZZI
Clinique chirurgicale infantile	KIRMISSON.
Clinique thérapeutique	A. ROBIN.

Agrégés en exercice.

MM.

AUVRAY	CUNÉO	LAUNOIS	NOBÉCOURT
BALTHAZARD	DEMELIN	LECÈNE	OMBREDANNE
BRANCA	DESGREZ	LEGRY	POTOCKI
BEZANÇON (Fern.)	DUVAL (Pierre)	LENORMANT	PROUST
BRINDEAU	GOSSET	LŒPER	RENON
BROCA (André)	GOUGET	MACAIGNE	RICHAUD
BRUMPT	JEANNIN	MAILLARD	RIEFFEL (chef des trav. anat.
CARNOT	JEANSELME	MARION	SICARD
CASTAIGNE	JOUSSET (André)	MORESTIN	ZIMMERN
CLAUDE	LABBÉ (Marcel)	MULON	
COUVELAIRE	LANGLOIS	NICLOUX	

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'École a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A MON PÈRE, A MA MÈRE

A LA MEMOIRE DE MA SŒUR

MEIS ET AMICIS

A MES MAITRES DANS LES HOPITAUX

Hôtel-Dieu de Clermont-Ferrand.

MESSIEURS LES PROFESSEURS BOUSQUET, DU CAZAL, LEPETIT, BILLARD, TIXIER, DIEULAFÉ

*
* *

Hôpitaux de Paris (*Externat*)

M. LE DOCTEUR BROCA, Professeur agrégé, Chirurgien à l'Hôpital des Enfants-Malades, 1904-1905.

MONSIEUR LE DOCTEUR BLUM, Professeur agrégé Chirurgien à l'Hôpital Saint-Antoine, 1905-1906

MONSIEUR LE DOCTEUR LEPAGE, Professeur agrégé, Accoucheur à l'Hôpital de la Pitié, 1906

MONSIEUR LE DOCTEUR GALLIARD, Médecin à l'Hôpital Lariboisière, 1906-1907

MONSIEUR LE PROFESSEUR DE LAPERSONNE Professeur de Clinique ophtalmologique à l'Hôtel-Dieu 1907-1908

À MON PRÉSIDENT DE THÈSE

MONSIEUR LE PROFESSEUR DE LAPERSONNE

PROFESSEUR DE CLINIQUE OPHTALMOLOGIQUE

CHEVALIER DE LA LÉGION D'HONNEUR

AVANT-PROPOS

Arrivé à la fin de nos études, c'est pour nous un devoir que d'exprimer notre reconnaissance envers ceux qui se sont dévoués pour notre éducation et pour notre instruction médicale. Nos premiers maîtres de l'École de médecine de Clermont-Ferrand ont droit à tous nos remerciements, car ce sont eux qui ont eu la tâche pénible entre toutes, de nous initier aux premiers éléments de la médecine. Ce sont eux qui nous ont enseigné les premières méthodes de la clinique et de l'auscultation.

Arrivé à Paris, nous avons eu le bonheur d'être l'externe de maîtres éminents et dévoués, qui se sont efforcés de nous faire partager leur science et se sont consacrés à notre perfectionnement dans l'art de guérir.

Nous adressons surtout nos remerciements à M. le professeur De Lapersonne, qui a bien voulu nous accepter, pendant plus d'un an, comme externe dans son service, qui par ses savantes leçons de tous les

jours nous a familiarisé avec cette partie de la médecine intéressante entre toutes, l'ophtalmologie, et qui enfin a bien voulu nous faire l'insigne honneur de présider notre thèse. Nous adressons également nos remerciements à tous ses collaborateurs à la clinique de l'Hôtel-Dieu, qui ont contribué avec beaucoup de dévouement et de patience à norte instruction ophtalmologique, c'est-à-dire au Dr Monthus, ophtalmologiste des hôpitaux, au Dr Cantonnet, chef de clinique du service, qui nous a aidé de ses bons conseils et nous a manifesté une profonde sympathie. Les Drs Joseph et Landolt, assistants, et le Dr Pley, chef des travaux ophtalmométriques, ont également droit à toute notre reconnaissance.

Nous n'oublierons pas non plus le Dr Valude, médecin à la Clinique nationale des Quinze-Vingt, qui nous a toujours fait le plus bienveillant accueil dans son service.

INTRODUCTION

Bien avant de commencer nos études médicales, nous avons été familiarisé avec les termes d'irido-choroïdite, de choroïdite, de glaucome ; et nous avons pu, sans comprendre la signification de ces termes, en connaître l'extrême gravité. Car une personne qui nous est chère entre toutes, notre père a été atteint de cette redoutable affection de l'œil, et depuis neuf ans fait des poussées d'irido-chroroïdite, avec alternatives de mieux et de plus mal. Il y a deux ans, alors qu'il se croyait guéri ou à peu près, on lui a annoncé qu'il faisait de la cataracte ; et il y a quelques mois on a procédé à l'extraction du cristallin de son œil droit. Actuellement nous avons le bonheur de constater que son état est aussi satisfaisant que possible. Aussi est-ce avec le plus grand plaisir que nous avons accepté comme sujet de thèse : « les indications et contre-indications de l'opération de la cataracte choroïdienne », sujet qu'a bien voulu nous donner M. le professeur De Lapersonne.

Connaissant de la sorte la cataracte choroïdienne,

après avoir eu sous les yeux le cas de notre père, nous nous sommes intéressé, d'une façon toute spéciale, à cette affection, dès que nous avons eu commencé l'étude de l'ophtalmologie. Nous en connaissions la gravité, il nous fallait en étudier la nature et la marche. Or les différents traités que nous avons consultés, ne nous ont guère renseigné sur ce point de pathologie oculaire. Ou bien ils ne disaient que quelques mots sur la cataracte choroïdienne, ou bien ne s'entendaient pas sur la place à lui donner dans la pathologie du cristallin. Bien peu en donnaient une description à peu près complète mais omettaient surtout les indications et contre-indications opératoires.

Actuellement, tous les auteurs et tous les ophtalmologistes considèrent la cataracte comme une complication survenant au cours de la choroïdite ou de l'irido-choroïdite. Mais telle n'a pas été l'opinion de tous les auteurs, particulièrement des auteurs anciens. Certains font de la choroïdite non pas la cause de la cataracte mais une complication : la cataracte serait le point de départ des lésions des membranes profondes. Prenant ainsi la cause pour effet, cette opinion est surtout nettement exprimée dans Foucher. Dans ses leçons sur la cataracte il parle de la forme choroïdienne mais il n'en fait pas une affection spéciale. Pour lui, les lésions de la choroïde n'ont que peu d'importance. « Si la choroïdite est une complication fréquente de la cataracte, elle ne contre-indique pas l'extraction et disparaît souvent lorsque l'opération est faite avec succès. » Il cite également comme complication le décollement de la rétine,

et indique le moyen de le diagnostiquer, par l'étude de la projection lumineuse.

D'autres auteurs en ont décrit une, comme complication d'une choroïdite d'un type déterminé, la choroïdite atrophique. C'est une cataracte qui se trouve caractérisée par sa marche très lente et qui apparaît chez des sujets très jeunes, des myopes en général. Tandis qu'ils considèrent comme complication de l'opacification du cristallin celles qui surviennent au cours des irido-choroïdites et des choroïdites aiguës. Pour eux les troubles de la cornée, de l'iris et du corps vitré, ne sont que des complications de la cataracte : Follin, dans sa troisième leçon sur la choroïdite atrophique, se fait le défenseur de cette opinion. Pour lui au cours de la choroïdite atrophique, « la cataracte est centrale postérieure, à marche très lente ». Et dans une autre leçon il considère comme venant compliquer l'opacification du cristallin, « les dépôts pigmentaires venant de l'uvée qui se déposent sur la capsule à la suite d'iritis », parlant des troubles du vitré, il indique la manière de les distinguer des opacités cristallinennes. Nous sommes donc ici en présence d'une idée intermédiaire. Désormais les auteurs considèrent la cataracte comme une complication de la choroïdite.

Les auteurs modernes ont mieux étudié la cataracte choroïdienne, ils se sont surtout attachés à en faire l'anatomie pathologique, à la forme qu'elle revêt, capsulo-lenticulaire ou polaire postérieure, dans la plupart des cas. Ils ont signalé les troubles des milieux de l'œil, qui accompagnaient l'opacification du cristallin.

Ils ont indiqué la marche de l'affection, la forme qu'elle revêt, suivant les différentes lésions du tractus uvéal. Tous se sont contentés d'indiquer la présence de corps flottants dans le corps vitré, quelquefois sa liquéfaction; mais ils n'ont pas été plus loin. Et pourtant c'est là un point essentiel dans l'évolution de cette complication des choroïdites, dans son pronostic surtout. Car ainsi que nous le verrons plus loin, après s'être troublé et même liquéfié, le corps vitré peut s'organiser, se rétracter. Dans ce cas la vision est très compromise et on est exposé à un décollement plus ou moins grand de la rétine, quand ce n'est pas total. N'ayant jamais consacré un chapitre spécial à cette affection ils n'en ont pas fixé les conditions opératoires.

De Wecker a consacré plusieurs pages à l'étude de la cataracte choroïdienne ; mais il reconnaît « que de nouvelles études anatomo-pathologiques réussiront à éclaircir davantage l'étiologie de bien des opacités cristalliniennes, en permettant de mieux localiser leur origine première dans un trouble circulatoire du tractus uvéal. » Il n'hésite pas à reconnaître que l'opacification inflammatoire du cristallin est due aux « défauts de nutrition dont il souffre consécutivement aux altérations de l'iris et de la choroïde. » En passant il fait une petite remarque, qu'il ne faut pas prendre pour une opacification du cristallin des dépôts séreux situés sur la cristalloïde antérieure, dépôts formés au cours d'une irido-choroïdite. Il reconnaît également que ce n'est pas toujours à la suite des affections aiguës, ou subaiguës du fond de l'œil, que le cristallin se trouble, mais aussi

à la suite de lésions des parties de l'uvée voisines de la cristalloïde postérieure, telles que dans le choroïdite atrophique ou dans la scléro-choroïdite, ce qui expliquerait la forme postérieure de la cataracte et sa présence chez les personnes jeunes.

M. Abadie, dans son *Traité sur les maladies des yeux* fait une description plus complète de la cataracte choroïdienne, et le premier il en indique un peu les conditions opératoires. Mais il n'insiste pas sur les troubles du vitré. Comme cause de cette affection il reconnaît qu'elle est due à un défaut de nutrition, soit par des dépôts sur la cristalloïde antérieure, soit par des synéchies postérieures à la suite d'irido-choroïdite, soit encore par des troubles du vitré qui gênent les échanges molléculaires. Dans ce cas, les troubles du cristallin restent longtemps localisés aux couches postérieures, tandis que les parties antérieures sont encore transparentes. Ce sont donc presque toujours des cataractes capsulo-lenticulaires ou polaires postérieures. Le pronostic des cataractes est toujours sérieux et avant d'opérer, il indique quelques précautions à prendre : Rechercher s'il y a eu des crises d'irido-choroïdite, explorer le tonus et surtout la projection lumineuse, pour savoir s'il n'y a pas de décollement de la rétine ; il indique comment doit se faire cet examen, mais il n'insiste pas assez sur la projection centrale, il a surtout en vue la projection périphérique. Enfin il signale une cataracte choroïdienne un peu spéciale sur laquelle nous dirons quelques mots, celle qui survient au moment de la ménopause.

Fusch dans son récent *Traité sur les maladies des*

yeux en fait surtout l'anatomie pathologique. Elle peut être soit corticale postérieure, soit capsulo-lenticulaire et plus rarement corticale antérieure. Il étudie l'évolution de la cataracte en tant que cristallin opacifié. Enfin il indique la manière d'en faire le diagnostic ; mais il ne dit rien sur les conditions opératoires, si ce n'est qu'elle peut réclamer des procédés opératoires spéciaux, quelques fois même ne pas être opérable.

Dans l'*Encyclopédie française d'ophtalmologie* on refuse de faire un chapitre spécial pour la cataracte choroïdienne, la description en est donc faite dans des paragraphes disséminés en même temps que les cataractes pathologiques, telles que les cataractes glaucomateuses et par décollement de la rétine Mais là encore, on n'insiste pas sur les troubles qui surviennent dans le corps vitré, ni on n'indique pas la manière de les dépister. On ne précise pas non plus d'une façon certaine les conditions opératoires d'une cataracte que tout le monde reconnait être fréquente, vu les nombreuses affections qui peuvent atteindre les milieux de l'œil, la choroïde en particulier.

Il ressort de ce coup d'œil rapide que tous les auteurs ont fait, de l'affection qui nous occupe, une cataracte spéciale, appartenant à un groupe déterminé, dans lequel ils en font entrer beaucoup d'autres, la cataracte glaucomateuse, celle par décollement de la rétine, la diabétique, etc., groupe qu'ils ont appelé cataractes compliquées ou pathologiques. Ils les opposent à la cataracte sénile, dont ils font le prototype des opacifications du cristallin, état qu'ils considéreraient volon-

tiers comme un état physiologique, vu que par opposition à la cataracte sénile ils décrivent les cataractes pathologiques parmi lesquelles ils rangent la forme choroïdienne.

Une pareille conception, une pareille division ne sont pas rationnelles. D'abord il n'y a pas de cataractes physiologiques ; la forme dite sénile est une affection, c'est l'opacification du cristallin, opacification qui s'accompagne, comme dans n'importe quelle variété de cataracte, d'une diminution progressive de la vue pour en arriver à la cécité presque complète. Cette opacification n'est nullement un processus normal, un phénomène de sclérose ; car un cristallin sclérosé n'est pas un cristallin opaque. Dans une cataracte même sénile, il y a des lésions cristalliniennes, des troubles dans la structure de l'organe, troubles que nous ne décrirons pas ici, car il nous faudrait faire toute l'anatomie pathologique du cristallin, ce qui est en dehors de notre sujet.

En cela nous ne faisons que reproduire l'opinion de M. Dor, dans l'*Encyclopédie*.

Donc toutes les cataractes, toutes les opacifications du cristallin, sont des affections, ou des états pathologiques de cet organe. Mais la cause de cette opacification peut ne pas être la même dans la forme sénile et dans la forme choroïdienne.

Sans vouloir faire ici l'étiologie des cataractes, nous pouvons montrer que cette cause, la cause première, est la même dans les deux cas. C'est un défaut de nutrition du cristallin, que ce défaut de nutrition soit dû à un mauvais état général, à un mauvais état de l'orga-

nisme tout entier, qu'il soit dû au contraire à un mauvais état des membranes nourricières de l'œil, au premier rang desquelles il nous faut placer la choroïde, qui est la membrane vasculaire de l'œil. Quand ce défaut de nutrition se trouve dans l'état général du malade, nous avons une cataracte sénile, ou une cataracte diabétique, que les auteurs pourtant décrivent comme une variété pathologique. Quand au contraire ce défaut de nutrition se trouve dans l'œil lui-même, nous avons une cataracte soit par décollement de la rétine, une variété choroïdienne, qui est certainement le type le plus fréquent des cataractes par lésions des milieux de l'œil.

Le cristallin est en effet un organe privé de vaisseaux, il se nourrit donc par osmose, aux dépens des milieux voisins. Qu'une maladie ou bien un état défectueux de la nutrition viennent modifier ces échanges, en diminuer la valeur, le cristallin va souffrir, il va se produire des modifications dans sa structure, modifications qui aboutiront à l'opacification de l'organe.

La théorie de Roemer, qui est la plus admise, reconnaît, comme cause de cataracte, un poison. Tantôt ce poison nous est connu, tel que dans les cataractes diabétiques, naphtalmiques, ergotiniques. D'autres fois il ne nous est pas connu comme dans les cataractes séniles. Il est dû à une intoxication, à un poison vaso-constricteur venant de l'organisme, dans une auto-intoxication. Donc d'un côté, la cause siège dans le mauvais état général du malade, c'est là le cas des variétés dites séniles, diabétiques, albuminuriques, etc.; d'autres

fois le défaut de nutrition vient de l'œil lui-même, la choroïde est détruite, sclérosée, atrophiée et par conséquent ne remplit plus son rôle de membrane nourricière. A la gêne mécanique de la nutrition, s'ajoute encore l'action toxique ; car nous ne devons pas oublier que les choroïdites sont des lésions inflammatoires et par conséquent des lésions infectieuses des milieux de l'œil ; et qu'à la gêne en quelque sorte mécanique de la nutrition s'ajoute l'intoxication qui, dans ce cas, est encore plus considérable que dans la cataracte sénile, puisqu'elle est encore plus active et plus proche.

La cause fondamentale étant la même, la cause locale seule est modifiée, il n'y a donc pas lieu de faire de pareils distinctions et classifications des cataractes. Cette différence étiologique explique encore une chose, une particularité de la cataracte choroïdienne, c'est l'âge relativement jeune des malades qui en sont atteints. Tandis que le maximum des cataractes séniles s'observe entre soixante et soixante-dix ans, c'est-à-dire à un moment où l'organisme est usé, où l'artériosclérose est avancée, où les échanges nutritifs sont très défectueux ; c'est au contraire bien plus jeune qu'apparaît la cataracte choroïdienne, car dans ces cas les troubles de la nutrition sont plus grands, et plus rapides. En effet si nous jetons un coup d'œil sur l'âge des malades dont nous publierons les observations nous voyons que le plus âgé, M. le commandant M..., est âgé de 73 ans, nous en avons une de 60 et une de 62, quelques-unes entre 50 et 58 ans et la majorité avant 40 ans. C'est entre 30 et 42 ans que l'on en trouve le plus, nous citons même l'observation d'une malade de 22 ans.

Si nous résumons les différentes opinions qui ont été émises sur cette affection et dont nous venons de citer les principaux défendeurs, nous appellerons, avec M. le professeur De Lapersonne, cataractes choroïdiennes, des cataractes à marche très irrégulière dues à une lésion plus ou moins apparente du tractus uvéal.

En examinant ces yeux ou voit qu'ils ont souffert, on trouve des synéchies, ou adhérences de l'iris à la cristalloïde antérieure, de kératites sclérosantes. Donc il y a eu précédemment des iritis ou irido-cyclites, qui ont modifié la structure du segment antérieur de l'œil.

Ou bien encore on trouve des décollements de la rétine et du glaucome. Nous verrons combien ces deux complications, le décollement rétinien et les modifications du tonus, sont fréquentes au cours de l'affection qui nous occupe et avec quel soin il faut les rechercher. La choroïde a souffert et c'est plus tard que le cristallin commence à s'opacifier.

Mais les lésions de la choroïde et des milieux de l'œil ne sont pas toujours aussi apparentes; souvent au contraire, elles sont très discrètes et demandent à être recherchées avec beaucoup de soin; on se demande même s'il y a des lésions de la choroïde pour expliquer l'apparition d'une cataracte chez une personne jeune. C'est alors par l'examen attentif des deux yeux, qu'on arrive à faire le diagnostic. On trouve dans ce cas, du côté où le cristallin est encore transparent, quelques lésions minimes de la choroïde, lésions situées à la périphérie du côté de l'ora serrata. Souvent même il faut avoir recours à la dilatation de la pupille par l'euphtal-

mine pour arriver à bien les voir. Cet examen devra être fait avec le plus grand soin, toutes les fois que l'on constatera une cataracte chez une personne jeune surtout entre 30 et 40 ans. C'est en effet à cette époque de la vie que l'on rencontre un grand nombre de cataractes choroïdiennes, surtout celles qui arrivent chez des myopes, chez des sujets atteints d'hérédité syphilitique et par conséquent présentant des lésions de choriorétinites, de choroïdites pigmentaires anciennes éteintes depuis longtemps.

L'âge n'est pas le seul signe qui nous permettra de penser à la cataracte choroïdienne, beaucoup d'autres signes nous mettront sur la voie du diagnostic, rien que l'examen de la cataracte elle-même peut déjà nous donner d'utiles renseignements.

Sur vingt-deux observations que nous citons dix-neuf sont personnelles et inédites ; elles ont été recueillies par nous à la clinique de l'Hôtel-Dieu. Les trois autres nous ont été données, l'une par M. le professeur De Lapersonne, l'autre par M. Cantonnet, la troisième a été empruntée à l'*Encyclopédie française d'ophtalmologie*.

CHAPITRE PREMIER

Caractères communs aux diverses variétes de cataractes choroïdiennes.

Les cataractes choroïdiennes ont une marche tout à fait irrégulière, suivant le processus choroïdien qui leur a donné naissance. Cependant elles ont certains signes particuliers, que nous allons mentionner tout d'abord.

Elles sont beaucoup plus fréquentes chez la femme que chez l'homme. En effet sur vingt-deux observations que nous citons, observations qui ont été prises au fur et à mesure que les malades se sont présentés à la policlinique de l'Hôtel-Dieu nous avons :

hommes 7, femmes 16.

En ne s'en rapportant qu'à ces quelques cas on aurait donc hommes 30,5 0 0, femmes 69,50 ; cependant le nombre d'observations que nous citons est trop faible pour que nous puissions donner des chiffres à peu près certains.

Les femmes sont donc beaucoup plus sujettes à cette affection que les hommes. A quoi faut-il attribuer cette

prédominance du sexe féminin ? A la syphilis ? Nous ne saurions affirmer que les femmes en soient plus atteintes que les hommes ; mais ce qu'il y a de certain, c'est que chez la femme, la syphilis passe plus souvent inaperçue ; quelques fois même elle est totalement ignorée, telle la syphilis conceptionnelle. Enfin les femmes viennent plus rarement consulter pour cette maladie c'est souvent une découverte de l'examen clinique. Nous croyons, qu'il faut voir dans cette prédominance des cataractes choroïdiennes dans le sexe féminin, une conséquence de la syphilis, affection qui, chez elle, passe souvent inaperçue, ou mieux qui est insuffisamment traitée, les femmes ne se rendant pas toujours un compte exact de leur maladie.

De plus chez elles, il existe une autre cause de choroïdite que l'on ne retrouve pas chez l'homme et sur laquelle nous dirons quelques mots : les choroïdites de la ménopause, étiologie que nous retrouvons chez trois ou quatre de nos malades.

Nous avons déjà cité le jeune âge des malades atteints de cette forme de cataracte. Nous croyons qu'un tableau comparatif avec la fréquence suivant l'âge des cataractes séniles fera encore mieux ressortir cette différence.

Sur vingt-deux cataractes choroïdiennes que nous citons, nous avons :

Entre	0 et 20 ans	0 soit	0 0/0
—	20 et 30 —	2 —	8,6 0/0
—	30 et 40 —	4 —	17,3 0/0

Entre 40 et 50	—	7	soit 30,4 0/0
— 50 et 60	—	6	— 26 0/0
— 60 et 70	—	2	— 8,6 0/0
— 70 et 80	—	2	— 8,6 0/0

C'est donc entre 40 et 50 ans qu'on en trouve le plus grand nombre, tandis que pour les cataractes séniles M. Dor donne dans l'*Encyclopédie française :*

0 à 10	0,07 0/0		
10 à 20	1 0/0	60 ans	27 0/0
30 ans	1,80 0/0	70 —	37 0/0
40 —	3,3 0/0	80 —	17 0/0
50 —	8 0/0	90 —	1,70 0/0

Pour la cataracte sénile le maximum est donc à 70 ans avec 37 0/0 tandis que pour les choroïdiennes nous n'avons que 10 0/0. A 50 ans nous n'avons que 10 0/0 de séniles contre 30 0/0 de choroïdiennes.

Donc les deux premières caractéristiques des cataractes choroïdiennes sont d'être plus fréquentes chez les femmes, et de se rencontrer le plus souvent avant 60 ans, surtout vers 50 ans à la ménopause.

La forme et la marche de ces cataractes varient suivant le processus choroïdien qui leur a donné naissance. Aussi décrirons-nous trois formes de cataractes choroïdiennes : celles qui surviennent à la suite de poussées aiguës et répétées de choroïdite et d'irido-choroïdite, celles qui surviennent sans poussées aiguës de choroïdite, chez les myopes de préférence et enfin les cataractes choroïdiennes de la ménopause.

CHAPITRE II

Cataractes choroïdiennes survenant à la suite de poussées aiguës de choroïdite ou d'iridochoroïdite.

La première variété de cataracte choroïdienne que nous avons à étudier, celle qui est une des plus fréquentes, est celle qui survient à la suite de poussées successives d'iridochoroïdite ou de choroïdites aiguës. Toutes les fois qu'un malade a eu des crises répétées de choroïdites ou d'iridochoroïdites on peut presque affirmer qu'il aura, tôt ou tard, une cataracte. La cataracte est une complication presque fatale, à moins que les accidents choroïdiens n'aient été très légers avec guérison complète et restitution *ad intégrum*. Malheureusement, il n'en est pas ainsi, la choroïdite aiguë est, en général, une affection grave, qui récidive, et qui s'accompagne de troubles de tous les milieux de l'œil. Le vitré se trouble, et plus tard subit des modifications assez considérables dans sa structure. La rétine qui est en contact avec la choroïde subit presque fatalement le contre-coup de l'infection

et son stroma est plus ou moins atteint, quelquefois même, assez rarement, il est vrai, il y a un décollement rétinien.

Avec une telle perturbation de tous les milieux de l'œil, le cristallin, qui n'a pas de vaisseaux propres, qui se nourrit par osmose aux dépens des milieux voisins, qui est en quelque sorte un parasite, doit forcément souffrir. Or nous savons que toutes les réactions du cristallin, se manifestent par son opacification, soit que l'organe ait été blessé directement ou indirectement soit qu'il souffre dans sa nutrition.

Comment se présente cette variété de cataracte choroïdienne ? Comment évolue-t-elle ? quel est son pronostic ?

C'est, en général, à la fin de la choroïdite ou de l'iridochoroïdite, alors que tout semble éteint et que le malade espère que sa vision va augmenter peu à peu, qu'apparaît la cataracte. Tout est fini le malade va mieux, beaucoup mieux, dans certains cas, il ne souffre plus, lorsque, peu à peu, il a la sensation d'un voile qui tombe devant ses yeux. Voile plus ou moins régulier. Les malades ne voient que difficilement les objets un peu éloignés, puis, peu à peu, la vision diminue, on n'observe guère des phénomènes entoptiques. Cette baisse de la vision ne ressemble en rien, à celle que les malades avaient éprouvée au moment de leurs poussées d'iridochoroïdites ou de choroïdite. C'est une perte plus ou moins lente et progressive de la vue, sans aucun phénomène aigu, sans aucune douleur.

Ils vont consulter, car il se passe dans leurs yeux,

quelque chose de nouveau. Si le médecin a assisté à l'évolution de la maladie, cet état ne l'étonne pas ; il a prévu la cataracte, ses prévisions se réalisent et il n'a plus qu'à annoncer au malade ce qu'il a et lui faire prendre patience.

Cette variété de cataracte choroïdienne est presque toujours une cataracte postérieure ; en général capsulo-lenticulaire. Les phénomènes infectieux ont eu un plus ou moins grand retentissement sur la capsule, sur la cristalloïde postérieure et surtout sur la cristalloïde antérieure qui adhère à l'iris par des synéchies plus ou moins nombreuses et résistantes. Il y a un épaississement de toute la capsule, — épaississement qui est dû non pas à des dépôts fibrineux, mais à l'inflammation des cellules sous capsulaires. — C'est là un des principaux types des cataractes inflammatoires. Grâce au processus inflammatoire, l'opacification ne se localise pas au cristallin, mais gagne la capsule.

Continuant à évoluer, la capsule devient blanche, brillante, nacrée ; elle est épaissie, et quelquefois même est incrustée de sels calcaires. Pendant ce temps le contenu de la capsule se modifie à son tour, la cataracte régresse, il se forme une bouillie cristallinienne. La zonule cède à son tour et il y a à la fin une subluxation du cristallin. Dans d'autres cas, au lieu de se réduire en bouillie, de se transformer en cataracte morgagnienne, le cristallin se calcifie.

Mais dans la cataracte choroïdienne, et surtout dans cette variété, les lésions ne se localisent pas seulement au cristallin, une autre partie de l'œil est malade et

subit des modifications très importantes, qui assombriront le pronostic et auront une influence néfaste sur le résultat opératoire, quelquefois empêcheront l'opération, ou amèneront la cécité.

Dès la première atteinte de choroïdite ou d'idochoroïdite, le vitré est malade. Ce qui se manifeste par une baisse notable de l'acuité visuelle, car il est trouble et arrête les rayons lumineux. De plus, le malade a constamment la sensation de mouches, de corps flottants devant les yeux. Grâce à un traitement énergique tous ces phénomènes peuvent régresser et la vision revenir normale. Mais à une seconde, et surtout à la suite d'autres atteintes de choroïdite ou d'iridochoroïdite ; le vitré ne revient pas à l'état normal. Sa structure est modifiée.

Les troubles du vitré varient suivant les causes qui leur ont donné naissance, ils sont aigus ou chroniques. Toute choroïdite aiguë, toute iridochoroïdite s'accompagne fatalement d'une inflammation du corps vitré, inflammation qui s'arrêtera à son premier stade ou liquéfaction, ou bien qui continuera à évoluer et qui aboutira à la condensation, ou bien à la suppuration.

Le premier phénomène morbide que l'on observe dans le vitré, lors d'une inflammation aïguë ou chroniqué de la choroïde est la liquéfaction de cet organe vitré. Comment se forme cette liquéfaction du vitré, quel est le processus qui lui donne naissance ? Les auteurs ne sont guère d'accord sur ce sujet, certains pensent qu'il s'agit, d'un phénomène analogue à celui que l'on observe dans le cristallin de certains vieillards, la formation de petites cavités kystiques, à parois très minces, cavités qui

augmentent peu à peu de volume et qui arrivent à se fusionner entre elles. D'autres auteurs, Ulrich surtout, pensent que le ramollissement, la liquéfaction du corps vitré, serait dû à un excès de transsudation dans le vitré. En un mot, quelles que soient la cause et la manière dont s'opère cette liquéfaction, elle a pour résultat de dissocier, de détruire le réseau fibrillaire du vitré. Ce réseau fibrillaire ainsi dissocié, détruit, nage librement au milieu du reste du vitré, qui est liquide ; c'est ce qui explique le phénomène des mouches volantes, dont se plaignent beaucoup de malades. Nous parlons ici bien entendu des mouches volantes pathologiques, qui son réelles, qui existent, que l'ophtalmologiste peut voir, et non des mouches volantes physiologiques qui n'existent pas, qui sont une conception des malades. Ces mouches volantes, produites par la liquéfaction du vitré sont très gênantes pour le malade, qui les voit nettement, qui en décrit même la forme : elles sont d'autant plus gênantes, que ces corpuscules fibrillaires sont constamment en mouvement, et c'est au moment où le malade, qui a malheureusement une acuité visuelle mauvaise, fait un effort, s'applique pour voir quelque chose, qu'un de ces corps flottants vient à passer dans le champ visuel et empêche la vision pour un temps en général, assez court.

Tel est le premier stade des modifications que subit le corps vitré, la liquéfaction. Quelquefois tout s'arrête là. Le corps vitré reste des années liquéfié, pendant des années le malade a plus ou moins la sensation de mouches volantes. C'est ce qui arrive dans les cas de choriorétinite ou des sclérochoroïdite myopique, à la

période ultime de la maladie ; ou bien encore chez les malades qui ont fait des poussées graves de choroïdite mais dont le processus a été plus ou moins arrêté par un traitement énergique.

Malheureusement tout ne se borne pas toujours à une simple liquéfaction du vitré. Dans les cas franchement aigus, quand on a affaire à des poussées successives de choroïdite et d'iridochoroïdite, il n'y a pas seulement liquéfaction de cette partie de l'œil, mais il y a même une suppuration de cet organe, suppuration qui peut être localisée ou, au contraire, généralisée, dans ce dernier cas nous avons le tableau de la panophtalmie.

Le plus souvent, ainsi que l'ont décrit Coccius, Weber, Haensell, la suppuration est localisée et est due pour les uns à une prolifération directe des cellules du vitré ; pour les autres, au contraire, le pus viendrait directement des vaisseaux sanguins et les cellules du vitré seraient normales. Dans cet état, le vitré apparaît à l'ophtalmoscope, avec une coloration jaunâtre, jaune sale, qui empêche de voir le fond de l'œil, qui a lui-même un aspect jumenteux. L'acuité visuelle est très basse quelques centièmes à peine, quelquefois même le malade compte les doigts à une faible distance.

Après des troubles aussi graves que cela, on ne peut guère espérer un retour complet à l'état normal, il restera forcément quelque chose, nous arrivons ainsi à la troisième période des troubles du vitré, la condensation, l'hyalite condensatrice comme l'ont nommée certains auteurs.

Cette condensation du corps vitré serait due, d'après

Leber et Nordenson, à une dégénérescence fibrillaire du vitré et à sa rétraction. M. Dufour pense que cette condensation est l'effet d'une densification du tissu vitreux par suite de la séparation des parties liquides et des parties organisées. En un mot il y a organisation de tout le corps vitré, il y a formation de cellules conjonctives jeunes. Il se forme peu à peu un lascis conjonctif qui enserre tout le vitré et amène ainsi sa rétraction. La conséquence d'une pareille rétraction, d'une pareille condensation, est de favoriser et même d'amener un décollement de la rétine. Tous les auteurs sont d'accord à ce sujet et l'étude en a été faite surtout par Leber et Nordenson.

La condensation et la rétraction du vitré peuvent s'observer également à la suite de la simple liquifaction du vitré; mais alors, l'évolution est plus lente, et il faut un adjuvant, une cause aidante pour en arriver là malheureusement l'extraction d'un cristallin cataracté peut en être le point de départ. Du reste, il est rare qu'à la suite de l'extraction d'une cataracte choroïdienne, on ne voit pas survenir, dans les jours qui suivent, une poussée du côté du corps vitré, qui devient plus ou moins trouble. Quelquefois même ce trouble est assez long à disparaître.

Avec des lésions de choroïdite, avec de telles modifications du vitré, on comprend que le pronostic de telles cataractes ne soit guère favorable; tout l'œil est malade, l'opacification du cristallin est la manifestation tardive de la perturbation générale de l'organe. Tout concourt à rendre l'opération délicate, puisque nous

avons vu précédemment qu'il est presque de règle d'observer après l'opération de nouveaux troubles du vitré. Enfin les lésions choroïdiennes peuvent elles-mêmes être suffisamment graves, pour compromettre à jamais la vision; telles par exemple des lésions de choroïdite maculaire ou périmaculaire. De sorte que l'on devra être très réservé quand il s'agira de faire au malade le pronostic de son affection et surtout au moment où l'on se décidera à intervenir. C'est dans cette forme de cataracte qu'il faudra être particulièrement prudent avant d'opérer, et de s'assurer que l'on a un certain nombre de chances de succès. A moins de se trouver dans certains cas tout à fait spéciaux, où l'on tente le tout pour le tout.

Le diagnostic de cette forme de cataracte est en général facile; il s'impose même si l'on a assisté à l'évolution de la maladie. Non seulement on ne doit pas être surpris en voyant survenir la cataracte, mais on devait s'y attendre, on devait presque la rechercher à chaque examen du malade, elle doit être non une découverte, mais en quelque sorte la confirmation d'une prévision. Quand on n'a pas assisté à l'évolution de la maladie, quand on voit le malade pour la première fois, alors que son cristallin est complètement opacifié ou du moins suffisamment pour empêcher de voir le fond de l'œil. Le diagnostic en est relativement facile. C'est par un examen attentif de l'œil, par l'étude des anamnestiques que l'on arrive presque certainement à faire le diagnostic.

C'est surtout par l'examen de l'œil lui-même que l'on

fait le diagnostic de cataracte choroïdienne. Tout l'œil a souffert on en trouve des traces multiples, principalement au niveau de l'iris, qui est plus, ou moins déformée, immobile, grâce à des synéchies nombreuses. Enfin très souvent il présente un colobome opératoire, on a fait dans le temps une iridectonie. La conjonctive est également modifiée, dans certains cas elle est parcourue par de grosses veines bleuâtres bleues noirâtres. Dans d'autres cas on trouve un staphilome scléral. Si l'on a soin de prendre le tonus de ces yeux, il faut toujours le faire et très soigneusement, on voit que le tonus est modifié, quelquefois il est augmenté, l'œil est en imminence de glaucome, mais le plus souvent il est abaissé, ce qui indique que des modifications se passent du côté du corps vitré. Dans de pareilles conditions surtout si le malade est jeune, s'il n'a pas soixante ans le diagnostic de cataracte choroïdienne s'impose presque.

Observation 1

Due à l'extrême obligeance de M. Cantonnet.

Mme P..., âgée de 45 ans voit sa vision diminuer ; depuis un an elle lit difficilement. Lorsqu'il y a un mois elle constate qu'elle ne voit presque pas de son œil droit. Le 9 novembre 1905 elle vient consulter.

Comme antécédents on trouve cinq grossesses avec deux fausses couches, un enfant mort en bas âge ; elle est sujette à la constipation et a mal à l'estomac.

9 *octobre* 1905, on constate :

O D : Vision égale à peine à 3/4 avec — 4 et — 0.50 cylindre vertical. A l'ophtalmoscope on trouve un peu de rétinite et de papillite, avec trouble central du vitré. Le champ visuel est un peu rétréci.

O G : Vision égale 1/2 avec même verre. On constate également un peu de papillite avec quelques troubles du vitré, les urines sont normales. On ordonne à cette malade des piqûres d'huile au sublimé. Auparavant elle avait subi une série de 17 piqûres de benzoate de mercure.

22 *octobre*. — V O D G : 1. Le champ visuel est redevenu normal, le fond de l'œil est très visible à gauche ; il s'est éclairci à droite.

5 *novembre*. — La vision reste normale à droite, le champ visuel est un peu rétréci. On fait faire 6 piqûres d'huile au sublimé.

17 *novembre*. — Tout est redevenu normal.

16 *septembre* 1906. — La vision et le champ visuel sont encore normaux.

Dans le courant de 1907 la malade fatigue ses yeux par de longues heures de lecture, son acuité baisse un peu.

6 *janvier* 1908. — On constate du côté droit un décollement de la rétine en haut et en dehors. Les milieux de l'œil sont un peu troubles. Nombreux corps flottants du vitré, papillite diffuse avec cataracte polaire postérieure en forme d'étoile.

L'œil gauche est normal. La malade est vue par M. le professeur De Lapersonne qui ordonne des injections intraveineuses de cyanure de mercure (on en fait 13).

Fin février. — La cataracte a fait des progrès considérables. La malade qui habite la province va voir un ophtalmologiste

de sa région, qui fait une ponction du décollement de la rétine. Depuis la vision est à peu près perdue de ce côté-là.

Observation 2

R... Rose, âgée de 53 ans.

Antécédents héréditaires. — Père et mère morts de fièvre typhoïde, un frère bien portant, deux sœurs mortes à l'âge de quelques mois.

Antécédents personnels. — Durant son enfance elle n'a pas eu de graves maladies mais de fréquents maux de tête. Réglée à l'âge de 12 ans elle l'a toujours été régulièrement. Mariée à l'âge de 30 ans elle n'a pas eu d'enfants ni de fausses couches.

Il y a quatorze ans que son œil gauche a commencé à être malade. Le début de l'affection a été brusque avec baisse considérable de la vision. Photophobie. La malade va consulter M. le Dr A.., qui lui fait une iridectomie. Malgré cette opération l'acuité visuelle ne s'améliore pas de ce côté.

Au mois de mars 1907, c'est-à-dire treize ans après, l'œil droi se prend à son tour. Il est douloureux, la vision se perd. Cependant ce n'est que le 24 juin que la malade vient à la consultation des yeux à l'Hôtel-Dieu et l'on constate :

O G : Occlusion papillaire complète avec une iridectomie petite en haut, et un début de cataracte choroïdienne.

V = compte les doigts à 30 centimètres.

O D : ancienne occlusion papillaire avec poussée récente d'iritis.

V = compte les doigts à 30 centimètres.

Le 23 juillet. — Le tonus des deux yeux est un peu élevé. On

prescrit de la pilocarpine. On l'admet à l'hôpital et on l'envoie à Laënneck dans le service de M. Rochon-Duvigneaud (celui de l'Hôtel-Dieu étant momentanément fermé). Elle y reste un mois et on lui fait une large iridectomie du côté droit.

28 *janvier.* — Le tonus est normal.

11 *mars.* — OG : Photophobie assez forte avec légère injection périkératique et conjonctivale, pas de larmoiement. La cataracte est incomplète mais ne permet pas d'apercevoir le fond de l'œil. La projection lumineuse existe mais elle est très défectueuse, la malade voit la lumière, mais n'en indique pas la position, l'œil est un peu petit et mou.

OD : Large iridectomie en haut et dans le champ de la pupille large dépôt de pigments sur la cristalloïde antérieure. Cataracte au début. On aperçoit le fond de l'œil. Mouches volantes.

VOGD : compte les doigts à quelques centimètres, on lui prescrit 1 gramme d'iodure par jour.

Observation 3

D... Charles, âgé de 62 ans.

Antécédents héréditaires. — Père et mère morts, mais ont toujours eu une excellente vue. Deux frères et deux sœurs bien portants et qui voient très clair.

Antécédents personnels. — Dans son enfance n'a pas eu de maladies infectieuses graves. Deux blennorragies à 23 et 25 ans.

C'est vers l'âge de 30 ans que sa vue aurait commencé à diminuer surtout du côté gauche. A ce moment il éprouve des phosphènes lumineux, des sensations d'éclairs. Malgré cela il ne se soigne pas, lorsqu'il y a deux ans, brusquement, il ne voit plus de son œil gauche ; la vision a disparu dans toute une

partie de son champ visuel. En même temps la vue a diminué du côté droit et très rapidement il ne peut plus se conduire.

Il vient pour la première fois à la consultation des yeux le 5 mars 1906 et l'on constate :

O G : décollement supéro-externe de la rétine avec des troubles du vitré. Le cristallin présente des zones opacifiées.

V = compte les doigts à 50 centimètres.

O D : quelques opacités cristalliniennes. V = 1/50.

16 *mars* 1906. — On lui fait une première injection sous conjonctivale de chlorure de sodium et on en fait quelques-unes.

3 *octobre*. — V O D = 0,3 au lieu de 1/50. A gauche la cataracte est presque complète ; la perception lumineuse est abolie dans la moitié supérieure du champ visuel, l'œil est mou. T = — 2.

17 *octobre*. — O G : poussée d'iritis qui amène l'occlusion presque complète de la pupille.

O D : cataracte en évolution, pas de décollement rétinien, mais lésions de scléro chorïdite.

13 *mars* 1908. — O G : conjonctives et voies lacrymales normales, l'iris est décolorée avec occlusion complète de la pupille, pas de perception lumineuse, l'œil est très mou.

O D : conjonctive et voies lacrymales saines. La cornée est transparente. Iris un peu décolorée avec des synéchies postérieures nombreuses. La cataracte est incomplète et les parties cataractées sont situées dans la région postéro-inférieure du cristallin. On peut voir les milieux de l'œil, le vitré est trouble avec de nombreux corps flottants, tonus bas.

V... compte les doigts à 1 mètre. Ne pouvant se conduire seul et étant sans aucune ressource le malade demande un certificat de placement, qu'on lui délivre aussitôt.

Observation 4

J..., Maria, 60 ans.

Antécédents héréditaires. — Père mort à l'âge de 85 ans. Mère morte au moment de la ménopause. Tous deux voyaient très clair. Elle a eu douze frères ou sœurs et tous sont morts dans l'enfance. Elle est la plus jeune et a toujours été maladive.

Antécédents personnels. — Elle a eu successivement la rougeole, la scarlatine, une pneumonie, mal à l'estomac. Réglée à 12 ans elle l'a toujours été irrégulièrement.

Mariée à 20 ans, elle a eu cinq enfants nés à terme, deux sont vivants.

A l'âge de 5 ans elle a eu mal aux yeux et a porté des lunettes bleues pendant quelques mois, après quoi elle était guérie. Ce n'est qu'à l'âge de 55 ans qu'elle recommence à souffrir des yeux. Sa vision baisse surtout du côté gauche et cela peu à peu, elle fait une cataracte de ce côté. Elle va voir M. le Dr A... qui opère sa cataracte, depuis la vision est très défectueuse de ce côté ? Bientôt l'œil droit se prend.

Ce n'est que le 25 mars 1908 qu'elle vient à la clinique de l'Hôtel-Dieu pour une dacryocystite et l'on constate :

O^gG : larmoiement ; l'injection d'un liquide coloré ne passe pas dans les voies lacrymales on passe une sonde n° 2 ; légère injection conjonctivale. Elle présente une large iridectomie en haut, le cristallin est enlevé ; dans le champ pupillaire il reste une toute petite bandelette de membranule ; à l'ophtalmoscope on voit des corps flottants dans le vitré et de larges plaques de choroïdite atrophique surtout péripapillaire.

$V = 0{,}1$ avec $+ 12$.

O D: cataracte incomplète. On ne distingue pas le fond de l'œil.

V = 0,3 avec + 1,50.

Dacryocystite suppurée avec refoulement de pus. Je passe une sonde n° 3. La malade a en outre une rhinite atrophique ozéneuse très marquée. M. Gellé lui prescrit deux lavages avec de l'eau boriquée.

Je passe peu à peu un n° 3, du 4 et du 5 à droite, à gauche c'est avec peine que j'arrive à passer un n° 3.

8 *avril.* — La dacryocystite, est considérablement améliorée.

2 *juin.* — M. le professeur De Lapersonne fait une opération de Stelling du côté droit. Depuis je passe à droite un n° 6 et à gauche un n° 4. La vision baisse peu à peu du côté droit.

CHAPITRE III

Cataractes choroïdiennes survenant à la suite de sclérochoroïdite et de choriorétinite.

La deuxième variété de cataractes choroïdiennes que nous allons étudier, est celle que l'on rencontre principalement chez la femme. Chez la femme jeune, avant 40 ans. Sa marche est très lente ; elle met des mois, des années pour arriver à complète maturité. C'est, en général, une cataracte unilatérale qui survient le plus souvent sur des yeux très myopes. Jamais dans cette forme, l'œil n'a eu de crises aiguës de choroïdite ou d'iridochoroïdite. L'œil est normal, aucune trace extérieure d'inflammation ancienne. Ce n'est que par l'examen soigneux du fond de l'œil, qu'on arrive à découvrir, soit de la sclérochoroïdite myopique, soit quelques lésions de choriorétinite pigmentaire et, surtout à la périphérie, près de l'ora serrata.

Comme les lésions sont en somme minimes, qu'elles ont évolué peu à peu ou bien qu'elles ont existé toute la vie, on conçoit facilement, la lenteur de l'évolution

de la cataracte. Le cristallin a toujours souffert, c'est ce qui explique son opacification, alors que le sujet est jeune. Mais cette opacification se fait lentement, il n'y a pas de poussées aiguës, pas de choroïdite en activité, qui viennent donner un coup de fouet à la cataracte. Le cristallin s'opacifie lentement, en quelque sorte uniformément.

La myopie et la choriorétinite pigmentaire sont les deux lésions principales de la choroïde, qui donnent lieu à cette forme de cataracte. Nous savons, en effet, que la myopie, la myopie forte du moins, s'accompagne presque toujours de sclérochoroïdite et c'est cette sclérochoroïdite qui est la cause de la cataracte. A cette sclérochoroïdite, s'ajoute parfois de la choriorétinite, qui abaisse beaucoup l'acuité visuelle. On serait tenté de croire que cette baisse de l'acuité du malade est due à la cataracte ; aussi faut il prendre l'acuité visuelle avec et sans mydriase atropinique. Si la mydriase n'augmente pas l'acuité c'est que la baisse de la vision est due à la choriorétinite.

La choriorétinite seule se rencontre assez souvent ; elle est ou très discrète, et il faut la rechercher avec patience ; elle est périphérique, et consiste en une ou deux plaques situées près de l'ora serrata, ou bien, au contraire, elle est plus disséminée, elle occupe tout le pôle postérieur et même la région maculaire. On comprend que dans le premier cas l'acuité visuelle peut être très bonne, tandis que dans le second cas, elle est forcément mauvaise. Cette choriorétinite pigmentaire est souvent congénitale — ou du moins son évolution a passé inaperçue — les

malades ont toujours plus ou moins mal vu, presque toujours elle est un stigmate de syphilis héréditaire.

La cataracte consécutive à la sclérochoroïdite myopique ou à la choriorétinite pigmentaire, était connue de tous les auteurs, qui l'ont plus ou moins décrite. Le professeur Panas en fait mention dans ses cliniques, M. Abadie signale son extrême fréquence au cours de la myopie élevée. Fush en donne une description clinique.

C'est une cataracte molle ou mieux demi-molle, ce qui s'explique très bien vu le jeune âge des malades qui en sont atteints. Tandis que la cataracte à noyau est particulière aux personnes âgées. Elle est blanche, laiteuse, à teinte plus ou moins uniforme, si elle est arrivée à complète maturité ; elle est intumescente, le cristallin en s'opacifiant devient plus aqueux, il se tuméfie, d'où diminution plus ou moins considérable de la chambre antérieure.

Si on assiste à l'évolution de cette affection, on voit qu'elle débute presque toujours par la face postérieure du cristallin. Tout d'abord, il n'y a que quelques fibres cristalliniennes d'opacifiées, d'où un aspect un peu spécial auquel Fush a donné le nom de cavaliers. Dans la région sous-corticale un certain nombre de fibres cristalliniennes laissent échapper de fines gouttelettes qui s'étalent entre les fibres voisines : fibres vides qui se trouvent être à cheval sur des fibres normales. Ces opacifications partent, en général, de la périphérie du cristallin et vont au centre ou près du centre de l'organe, sans arriver au contact les unes des autres. Ces

cavaliers sont, en général, situés à la partie postérieure, cependant on en trouve quelquefois dans différents plans, même tout à fait à la face antérieure du cristallin. De même leur direction n'est pas forcément suivant les rayons de l'organe ; quelques-unes ont des directions indéterminées. Peu à peu ces cavaliers augmentent d'épaisseur, les fibres s'opacifient de proche en proche, ou bien de nouveaux cavaliers apparaissent entre les autres, de sorte que, au bout d'un certain temps, toute la face postérieure du cristallin est opaque la cataracte n'est pas encore complète. Mais si on l'examine à l'éclairage oblique ou à l'impression d'un miroir concave, toute la face postérieure du cristallin est opaque, d'un blanc laiteux, plus ou moins uniforme et, pardessus, les couches médianes et antérieures sont absolument transparentes. Ce n'est que peu à peu que l'opacité se fait d'arrière en avant.

La forme capsulo-lenticulaire est beaucoup plus rare dans cette variété de cataracte choroïdienne. Cela se comprend facilement, il n'y a eu aucun processus aigu, pas d'iritis, pas de choroïdite en évolution, par conséquent pas d'inflammation, la cristalloïde n'est donc pas atteinte. Aussi ne trouverons-nous presque jamais des synéchies, ou d'autres adhérences, capables de gêner l'extraction du cristallin. Elles sont le type des cataractes par défaut de nutrition, à la suite d'un mauvais état chronique ou même congénital de la choroïde. Par contre, la forme polaire postérieure est de beaucoup la plus fréquente.

Que devient le vitré dans ces cataractes. Il est tou-

jours plus ou moins lésé. mais beaucoup moins que dans la forme précédente ; chez lui encore on trouve des lésions chroniques à évolution lente et progressive ; pas de poussées aiguës qui, en quelques heures, amènent un trouble total de toute l'humeur vitrée, trouble long à disparaître. Il n'a quelquefois pas encore complètement disparu qu'une nouvelle poussée de choroïdite vient encore le troubler. Le vitré est atteint, il se liquéfie d'où la présence de corpuscules flottants, dont se plaignent tous les myopes un peu forts ; mais, malgré cela, il est clair, transparent, et si le tonus de l'œil est bon, s'il n'y a pas à craindre un décollement rétinien, on n'a guère à craindre un insuccès opératoire du fait du vitré.

Ces formes de cataractes choroïdiennes à évolution très lente sont, en somme, d'un pronostic assez favorable, quand la myopie n'est pas trop élevée, et par conséquent, quand la sclérochoroïdite concomittante est relativement peu étendue. Il en est de même quand il s'agit de choriorétinite.

Malgré que ces cas soient en théorie des cas favorables, parce que l'œil est bien à froid, par conséquent, on ne risque pas de réveiller une choroïdite lors de l'opération, malgré le peu de lésion du fond de l'œil, malgré l'absence de troubles considérables du vitré, il faut observer vis-à-vis de ces cataractes les mêmes précautions qu'envers les autres cataractes choroïdiennes. Il faut tenir le plus grand compte de l'état du tonus, qui est toujours un peu bas, le vitré a toujours tendance à se rétracter, d'où la possibilité d'un décollement de la rétine. Si le tonus est bas, il faut s'assurer que la pro-

jection lumineuse périphérique est parfaite de manière à ne pas laisser passer inaperçu un décollement partiel de la rétine. Enfin, il faudra s'assurer de la projection centrale, si par hasard, il y avait une plaque de sclérochoroïdite ou de choriorétinite au niveau de la macula.

Le diagnostic de cette variété de cataracte choroïdienne se fera assez facilement. C'est un malade — une femme, le plus souvent, femme jeune — qui n'a jamais bien vue, mais qui n'a jamais souffert beaucoup des yeux. Elle vient consulter parce que, depuis quelque temps ou par hasard, elle s'est aperçue qu'elle ne voyait presque pas d'un œil; d'autres fois mêmes se sont les amis de la malade, qui lui ont fait remarquer, qu'elle avait une taie blanche dans un œil. Donc, premier signe évolution lente, sans douleur, ni réaction quelconque.

Si la cataracte permet de faire un examen du fond de l'œil, on peut constater quelquefois directement les lésions de sclérochoroïdite ou de choriorétinite, mais pas toujours, parce que le plus souvent, ces lésions sont tout à fait antérieures ; enfin la réfraction qui montre une myopie forte est une indication précieuse.

Si la cataracte est trop avancée pour que l'on puisse faire le diagnostic par l'examen direct de cet œil, on examinera très soigneusement l'œil non cataracté, et l'on trouvera tout à fait à la périphérie, tout près de l'ora-serrata soit des lésions de scléro-choroïdite ou de choriorétinite ou mieux simplement des dépôts de pigments qui indiqueront qu'à un moment donné cet œil a souffert. Pour cela il faudra avoir recours le plus souvent à la dilatation par l'euphtalmine.

Observation 5

Cl... Henri, âgé de 48 ans.

Antécédents héréditaires. — Père mort à 75 ans de paralysie. Mère encore vivante et bien portante, un frère qui a une maladie de cœur, une sœur morte en bas âge d'un accident.

Antécédents personnels. — Rougeole, scarlatine et coqueluche dans l'enfance, varicocèle gênant. Contracte la syphilis à l'âge de 23 ans. Se soigne très peu, car au début de son traitement mercuriel, il a eu une forte stomatite qui a duré longtemps. Pour faire disparaître les différentes éruptions qu'il a eues, il a pris de l'iodure de potassium. Contre la chute de ses cheveux il a fait des frictions à l'eau sédative.

Marié il n'a pas eu d'enfants mais sa femme n'a jamais fait de fausses couches.

Dès l'âge de 15 ans, quand il a voulu commencer à apprendre le commerce il s'est aperçu qu'il voyait mal les couleurs, il confondait les nuances. Aussi est-il obligé de changer de profession. De tout temps il n'a jamais vu sur les côtés.

Depuis vingt ans, c'est-à-dire cinq ans environ après son chancre, il s'aperçoit tout à coup que sa vue a diminué, il a un brouillard devant les yeux, brouillard qui va en augmentant peu à peu, de sorte que maintenant il ne travaille plus.

Il reste vingt ans sans se soigner, ce n'est qu'au mois de mai 1908 qu'il vient à l'Hôtel-Dieu demander qu'on fasse quelque chose pour lui, il ne peut plus rien faire, il se conduit tout juste.

Je l'examine le 26 mai et je constate après dilatation à l'euphtalmine.

OG : La conjonctive et les voies lacrymales sont saines, la cornée est transparente, l'iris est normale, la pupille est régulière, elle réagit bien à la lumière et à l'accommodation. Le cristallin présente quelques rayons cataractés, surtout au centre en forme d'étoile. Cependant cette opacification du cristallin est peu étendue et permet très bien de voir le fond d l'œil et l'on constate une choriorétinite pigmentaire disséminée, elle revêt le type aréolaire dans la région péri-papillaire et para-maculaire, la pupille est un peu blanche, petite et entourée d un large cercle de pigments.

Pas d'astigmatisme. A la sciascopée les ombres sont directes avec — 2. Comme acuité V = 0,5 avec — 2 d.

OD : La conjonctive et les voies lacrymales sont saines, la cornée et l'iris sont normaux, la pupille a tous ses réflexes, la cataracte étoilée plus considérable qu'à gauche. A l'examen ophtalmoscopique on constate une choriorétinite disséminée, pas d'astigmotisme V = 0,1 avec — 3 d.

Le champ visuel est rétréci, le malade ne distingue pas toutes les couleurs, surtout le rouge et le vert qu'il voit blanc.

On met ce malade aux injections intraveineuses de cyanure de mercure en y allant prudemment. Le malade vient pendant huit jours puis disparaît.

Observation 6.

S... Blanche, 21 ans, fille de salle.

Antécédents héréditaires. — Père vivant un peu myope. mère vivante voit très bien, six frères ou sœurs vivants et bien portants.

Antécédents personnels. — La malade est l'aînée. A 12 ans,

elle a eu une fièvre éruptive grave, qui l'a obligée à garder le lit pendant un mois, mais elle ne peut pas nous dire quelle était cette maladie (la variole ?) A 15 ans, apparition des premières règles qui sont accompagnées d'hémorragies. A ce moment elle est anémique et tousse, on lui fait prendre alors du fer et de l'huile de foie de morue. Les règles ont toujours été irrégulières, elles apparaissent tous les quinze jours à peu près.

Jamais de fausses couches, pas de syphilis avouée. Au moment de ses époques elle souffre souvent de maux de gorge, qui durent huit jours au plus, maux de tête fréquents, surtout la nuit. Jamais d'éruption sur le corps.

Elle a eu la vue faible dès son enfance, elle a commencé à s'en apercevoir en allant en classe, elle ne voyait pas au tableau. La vue a baissé peu à peu, la grande lumière la fatigue. Depuis un an (1907), elle s'aperçoit que son œil droit voit beaucoup moins, depuis trois mois il ne voit plus du tout.

Elle vient consulter à l'Hôtel-Dieu le 29 février 1908, elle demande qu'on lui donne un peu de vision de son côté droit. On constate O D cataracte presque complète, il n'y a plus d'ombre portée sur le cristallin. Cependant elle est irrégulière avec des stries transparentes allant de la périphérie au centre ou presque mais sans se réunir, la teinte n'est pas uniforme. A côté de masses blanches plus ou moins chatoyantes, on observe des parties blanches laiteuses, la couche tout à fait antérieure est encore transparente.

Les réflexes pupillaires sont normaux, le tonus est un peu faible, l'œil est en strabisme divergent de 25° et supérieur de 7°. Le globe ainsi que l'arcade sourcilière sont un peu moins développés que l'autre côté. Si l'on cherche la projection lumineuse, la malade aperçoit la lumière, quelle que soit la position de la

source éclairante, mais elle ne sait pas indiquer où elle est, elle la localise presque toujours à droite. La conjonctive et les voies lacrymales sont saines. Légère douleur à la pression.

O G : Conjonctives et voies lacrymales saines, la cornée est transparente. L'iris a tous ses réflexes. Le tonus est normal. A l'examen ophtalmoscopique on trouve à la pupille un staphylome assez étendu avec de la scléro-choroïdite diffuse dans tout le pôle postérieur : Rien à la région maculaire.

Pas d'astigmotisme. Ombres directes avec — 17 V = 0,2 avec — 16.

Champ visuel à peu près normal.

La malade demande que l'on fasse quelque chose pour son œil droit mais M. de Lapersonne refuse toute intervention parce que cet œil n'a jamais eu une bonne acuité et cela à cause du moindre développement du globe et de l'arcade sourcilière et surtout du strabisme externe. Enfin actuellement la perception lumineuse n'est pas bonne et l'œil est un peu mou.

On renvoie la malade après lui avoir prescrit un sphérique concave — 10 d.

Observation n° 7

Kl... Émile, 39 ans. Raboteur mécanicien.

Antécédents héréditaires. — Père mort des suites d'un accident. Mère morte d'une maladie de longue durée. Un frère vivant et myope.

Marié, a une petite fille âgée de 10 ans, bien portante, et qui n'est pas myope.

A passé son enfance sans maladies infectieuses graves si ce

n'est une grippe qui l'a obligé à garder le lit pendant une quinzaine de jours. Pas de syphilis avouée.

Jusqu'à l'âge de 16 ans la vue avait été excellente. A partir de ce moment le malade s'aperçoit qu'elle diminue un peu surtout pour la vision de loin. Cependant au conseil de révision il est déclaré apte au service militaire. Son acuité visuelle a continué à baisser progressivement jusqu'à l'an dernier, c'est-à-dire jusqu'à l'âge de 38 ans.

Il y a un an subitement son œil droit est devenu douloureux à la pression. Le malade ne peut pas voir la lumière du jour, les lumières artificielles sont troubles. En même temps il est très gêné par des mouches volantes. Au bout de trois semaines, sans autre traitement que des lavages à l'eau boriquée, la vue est redevenue ce qu'elle était un mois auparavant. Le malade ne va pas voir de médecin.

L'œil gauche n'a jamais été bien bon, son acuité visuelle a toujours été inférieure à celle de l'œil droit. Depuis l'âge de 16 ans la diminution de la vue a été beaucoup plus rapide de ce côté, sans toutefois que le malade ait éprouvé aucune douleur, ni aucune crise aiguë de ce côté.

Actuellement 28 février 1908 on constate :

OD : Conjonctive et voies lacrymales saines, la cornée est transparente, la chambre antérieure normale. L'iris possède tous ses réflexes. A l'ophtalmoscope après dilatation à l'euphtalmine on trouve des corps flottants du vitré avec un staphylome irrégulier sur le côté temporal. Tout autour de la pupille on trouve une couronne de pigments. On trouve également des dépôts de pigments périphériques et le long des vaisseaux, surtout dans la partie nasale de la rétine, enfin tout à fait à la périphérie de la choriorétinite.

Pas d'astigmatisme, ombres directes avec — 14 d.

V = 0,1 avec — 14.

O G : Après dilatation à l'euphtalmine, la conjonctive et les voies lacrymales sont saines. La cornée transparente, l'iris normal, cristallin avec cataracte choroïdienne au début, consistant en plusieurs faisceaux, ou cavaliers de forme plus ou moins triangulaire situés à la partie postérieure du cristallin, allant de la périphérie jusqu'auprès du centre de la lentille. A l'examen ophtalmoscopique on trouve un énorme staphylome postérieur bordé de pigments.

V = compte les doigts à 50 centimètres.

Vu les lésions de choriorétinite pigmentaire et les troubles du vitré, on prescrit au malade : 20 frictions avec 4 grammes d'onguent mercuriel et pendant vingt jours 3 grammes d'iodure de potassium.

24 *mars*. — Le malade a fini ses 20 frictions. Il a toujours la sensation de corps flottants, mais les milieux de l'œil sont beaucoup plus clairs. On voit nettement la choroïde qui présente de nombreuses lésions de choriorétinite qui donne à toutes les parties périphériques et même péripapillaires un aspect ponctué, grillagé. Le tonus est normal.

V O D = 0,3 avec — 14.

O G : Cataracte stationnaire. Les milieux de l'œil se sont un peu éclaircis. Tonus toujours normal.

V O G : Compte les doigts à 50 centimètres.

Je lui prescris pour voir couramment — 8 sph. conc. et pour voir de loin (de temps en temps seulement) une face à main avec — 14 d.

26 *avril*. — A fait une nouvelle série de 20 frictions mercurielles et de nouveau 3 grammes d'iodure.

O G : Compte toujours les doigts à 50 centimètres. Les milieux de l'œil sont troubles. Corps flottants du vitré, on ne voit guère ni la pupille, ni la choroïde, cataracte stationnaire.

O D : État stationnaire avec corps flottants du vitré.

Observation 8.

C... Camille, 56 ans. Ménagère.

Antécédents héréditaires. — Parents morts mais voyaient bien clair. Frères et sœurs bien portants.

Antécédents personnels. — Elle est la plus jeune, elle n'a jamais joui d'une bonne santé, sans cependant avoir fait de grandes maladies aiguës.

Elle est réglée à 15 ans et toujours régulièrement. Elle a eu un fils né à 7 mois 1/2 vivant et bien portant. Trois ans après elle a eu une petite fille née à terme et morte à l'âge de deux mois de cholérine. Elle n'a jamais eu de fausses couches, pas de maux de gorge.

A l'âge de 30 ans et pendant près de dix ans, elle a eu des hémoptysies presque continuelles. La malade a été soignée par des pointes de feu au niveau des deux sommets et de la suralimentation.

Il y a deux ans, c'est-à-dire alors qu'elle avait 54 ans, elle s'est aperçu que sa vue baissait principalement du côté droit, diminution progressive sans aucun phénomène aigu. Son opticien ne lui trouve plus de verres correcteurs, c'est pourquoi elle va consulter un oculiste, le Dr L..., qui lui déclare qu'elle a une cataracte de l'œil droit.

Le 29 mai 1907. — Elle vient consulter à l'Hôtel-Dieu et l'on constate :

OD : des taies centrales et paracentrales de la cornée. La conjonctive et les voies lacrymales sont saines, l'iris est normale, la chambre antérieure est un peu diminuée. Les réflexes pupillaires sont normaux. Le cristallin est opacifié en partie ; cataracte antérieure mais surtout postérieure, et consistant en stries opaques partant de la périphérie, et allant au centre du cristallin en suivant les rayons de la lentille. A travers ces rayons cataractés, on aperçoit les milieux de l'œil, qui sont troubles, on constate la présence de nombreux corps flottants du vitré, la projection lumineuse est bonne, la malade compte les doigts à 1 mètre.

OG : quelques opacités cristalliniennes.

V = 0,3 avec — 1 d.

6 *mars* 1908. — OD : la cataracte avance, teinte laiteuse de presque toute la face postérieure du cristallin, sauf en haut où on aperçoit encore un peu la coloration rouge du fond de l'œil. Les stries cataractées sont plus chatoyantes.

V = compte les doigts à 50 centimètres.

Elle a toujours des mouches volantes qui la gênent beaucoup.

OG : La cataracte évolue également et est caractérisée par des stries opaques partant de la périphérie du cristallin et allant presque jusqu'au centre. On aperçoit le fond de l'œil et l'on constate des dépôts de pigments le long des vaisseaux, pas de corps flottants au vitré.

V = 0,1 avec — 1 d.

Observation 9.

Ch... Marie, 24 ans, concierge.

Antécédents héréditaires. — Père vivant bien portant, bonne

vue ; mère vivante bien portante, bonne vue, n'a pas eu de fausses couches ; une sœur âgée de 18 ans bien portante.

Antécédents personnels. — Elle est l'aînée entre 15 et 16 ans, elle a eu la fièvre typhoïde, puis quelques maux de gorge, qui ont nécessité l'ablation des amygdales.

Réglée à 15 ans, elle l'est toujours régulièrement. Mariée à 18 ans, elle a eu un enfant né à terme et mort à l'âge de 26 mois d'une méningite foudroyante. Pas d'autres grossesses, pas de retards de règles.

A la suite de sa fièvre typhoïde elle a eu mal à l'œil droit qui était rouge et dont la vision a rapidement baissé, la malade a la sensation d'un brouillard devant les yeux. Ce n'est qu'au bout de six mois, alors qu'elle voit très peu de l'œil droit, qu'elle va consulter aux Quinze-Vingts. C'est M. Monthus qui la soigne pour une irido-choroïdite, pendant un an la vision reste stationnaire.

En 1902. — Elle vient consulter à l'Hôtel-Dieu, elle suit M. Monthus, la vision de son œil gauche diminue mais tout rentre dans l'ordre au bout de quelques jours.

Le 3 février 1907. — Elle revient à l'Hôtel-Dieu, se plaignant de son œil gauche et l'on constate une légère infection périkératique mais pas de synéchies, pas de décoloration de l'iris.

9 mars. — Son œil gauche pleure, elle éprouve quelques douleurs circum orbitaires. Quant à son œil droit elle n'en voit presque pas mais elle ne s'en plaint pas et l'on constate :

OD : synéchies postérieures nombreuses. A l'ophtalmoscope une cataracte polaire postérieure ponctiforme. Les milieux de l'œil sont transparents et l'on constate à la partie inférieure de la choroïde un large placard de chorio-rétinite, les réflexes pupillaires sont normaux.

Au Javal ± 0,75 axe 15°, ombres directes avec — 1 d.

V = 0,3 avec (— 0,75 axe 15°) — 1 d.

OG : Légère injection conjonctivale.

Les réflexes pupillaires sont normaux, pas de synéchies. Les milieux de l'œil sont transparents. On trouve tout à fait à la périphérie quelques placards de choroïdite.

Au Javal ± 0,75 horizontal, ombres directes avec — 1 d.

V = 0,9 avec (— 0,75, horizontal) — 0,25.

On met la malade aux injections intramusculaires d'huile au sublimé (trois par semaine), au bout de quelques piqûres la malade cesse de venir, on ne la revoit plus.

CHAPITRE IV

Cataractes choroïdiennes survenant au moment de la ménopause.

La troisième variété de cataracte choroïdienne tient le milieu entre les deux premières formes. Elle ne doit sa particularité, qu'à l'époque de son apparition et à sa cause, les troubles de la ménopause. Certaines femmes qui, jusqu'à l'âge de 45 ans, 50 ans, avaient une vue excellente, voient apparaître brusquement, au moment où leurs règles vont cesser, des troubles considérables, des choroïdites, des iridochoroïdites, qui se compliquent rapidement de cataractes, cataractes qui, le plus souvent, ont une évolution beaucoup plus rapide que dans la variété précédente.

Ce qui différencie un peu cette variété ce n'est pas l'opacification du cristallin, la forme, la marche de la cataracte qui se rapproche beaucoup de celle de la première variété que nous avons décrite, mais c'est le processus qui leur a donné naissance, les troubles qui ont provoqué la choroïdite.

Ces troubles sont dus à la ménopause; c'est à ce moment de la vie, où la femme est si tourmentée par la cessation des fonctions sexuelles; au moment ou son utérus et ses ovaires cessent de remplir leurs fonctions, que l'on voit apparaître des accidents du côté des yeux. Les auteurs en ont cité plusieurs, entre autres l'iritis qu'ils ont appelé iritis sexuelle; montrant ainsi qu'elle était en relation avec les organes génitaux. Dans les cas qui nous occupent les lésions ne restent pas localisées à l'iris, mais gagnent la choroïde, les corps ciliaires, il y a de l'iridocyclite, de l'iridochoroïdite sexuelle.

Comme tous les troubles psychiques ainsi que les troubles de la nutrition (obésité qui apparaisent à cette époque de la vie de la femme), il faut voir dans la choroïdite de la ménopause la conséquence de la suppression d'une fonction, la conséquence de la diminution ou de la disparition d'une sécrétion interne. Ce que nous savons, c'est que le début de l'affection initiale, choroïdite ou iridochoroïdite est brusque, surprend les malades en pleine santé et amène souvent la perte de la vision en quelques mois.

L'allure de ces choroïdites ressemble beaucoup aux choroïdites syphilitiques et pourtant dans quelques cas un traitement mercuriel intensif et mixte n'a donné aucun résultat. Ce sont donc des choroïdites par auto-infections. On ne peut qu'émettre des hypothèses, car nous ne connaissons guère les sécrétions internes de l'utérus et de l'ovaire. Ne pourrait-on pas admettre par exemple que la suppression de cette sécrétion interne amène une auto-intoxication quiretentit sur les

vaisseaux et sur les centres nerveux. On aurait une petite explication des troubles psychiques et oculaires de cette époque de la vie de la femme, autointoxication, qui en créant un état de moindre résistance, favorise l'apparition, l'éclosion d'une infection qui dans les cas qui nous intéressent se localiserait sur la membrane vasculaire de l'œil. Enfin au moment de la ménopause les femmes ont des troubles notables de la nutrition, certaines deviennent plus ou moins obèses. Donc nous aurions d'un côté des troubles de la nutrition, d'un autre côté la cessation d'une sécrétion interne, ce qui amènerait un auto-intoxication qui à son tour favoriserait une infection. Il y a dans les phénomènes de la ménopause une cause certaine des choroïdites, vu le plus grand nombre de femmes qui en sont atteintes et l'âge. Ce fait est bien connu de certains oculistes, du Dr Valude, entre autres qui attend pour opérer une cataracte choroïdienne que la femme ait cessé d'être réglée, afin de ne pas avoir à redouter une nouvelle poussée de choroïdite. Nous croyons qu'il serait rationnel d'essayer dans ces cas, quand le traitement mercuriel n'a rien donné, l'opothérapie ovarienne (l'ocréine).

Observation 10.

D... Eugénie, 50 ans.

Antécédents héréditaires. — Père avait une bonne vue, mère avait une obstruction des voies lacrymales.

Antécédents personnels. — Fille unique, n'a jamais eu de

grandes maladies, réglée à l'âge de 14 ans et toujours assez régulièrement. A eu des maux de tête fréquents qu'elle attribuait à une dilatation de l'estomac pour laquelle on l'a soignée pendant longtemps.

Mariée deux fois : une première fois à 16 ans, elle a eu de son premier mari cinq grossesses, dont quatre menées à terme avec quatre enfants nés vivants. Trois sont morts entre quinze jours et un mois de dysenterie (?) un seul est vivant. Une fausse couche de deux mois. Le mari meurt de tuberculose.

Mariée une deuxième fois elle n'a pas d'enfant. Le mari meurt d'une maladie de cœur et d'emphysème.

Il y a quatre ans, en 1904, au moment de la ménopause la malade qui jusqu'alors avait toujours eu une bonne vision a brusquement la sensation d'un brouillard devant les yeux. Elle ne souffre pas mais par période de quinze jours environ elle a ses yeux qui sont très rouges. Les deux yeux sont pris indistinctement. Pas de phosphènes lumineux, par d'arc-en-ciel autour des lumières, mais la vue diminue peu à peu, surtout du côté droit. Elle en arrive à ne plus pouvoir se conduire, c'est alors qu'elle va au dispensaire de la rue de Réaumur où on lui fait suivre un traitement mixte, mercure et iodure de potassium. Ce traitement amène une amélioration notable.

Le 10 septembre 1907. — Elle vient à la consultation de l'Hôtel-Dieu et l'on trouve :

O D : Opacités cristalliniennes empêchant de voir le fond de l'œil, opacités dues à une irido-choroïdite torpide de la ménopause, la projection lumineuse est bonne, le tonus plutôt abaissé.

O G : Quelques opacités cristalliniennes au début avec synéchies postérieures nombreuses. Kératite ponctuée.

13 *décembre*. — La cataracte progresse, le tonus = — 1, la

projection lumineuse est très bonne. On prescrit 20 piqûres intramusculaires d'huile au sublimé.

19 *février* 1908. — Iridectomie préparatoire du côté droit.

24 *mars*. — M. le professeur De Lapersonne fait l'extraction du cristallin de l'œil droit. Après avoir fait l'incision de la cornée, il rompt au kystétome deux adhérences latérales. Le cristallin ne vient pas, il faut employer la curette, extraction pénible d'abord du noyau puis des masses molles, il reste une partie de la capsule avec des masses molles lui adhérant.

25, 26, 27 *mars*. — Suites opératoires normales.

31 *mars*. — La malade se lève et porte un pansement maintenu par des lunettes bleues. La chambre antérieure est refermée et la cicatrice presque complète, mais tout le champ pupillaire est rempli par la cristalloïde opacifiée blanchâtre.

4 *avril*. — La malade ne porte que des lunettes bleues, la vision s'est légèrement améliorée malgré la cataracte secondaire.

23 *avril*. — Pupille un peu plus dilatée, membranule très opaque. Chambre antérieure effacée, œil très mou, quelquefois douloureux à la pression. On lui prescrit de la cocaïne et de l'atropine deux fois par jour.

1er *mai*. — Toujours même état : œil très mou, on refuse toute autre intervention.

Observation 11.

C... Marie, 58 ans.

Antécédents héréditaires. — Père et mère voyaient bien clair. Un frère vivant a une bonne vue. Une sœur morte tuberculeuse.

Antécédents personnels. —N'a jamais eu de maladies graves dans son enfance, a eu simplement des douleurs fréquentes.

Réglée à 13 ans et toujours régulièrement. Mariée elle a eu dix grossesses une seule fausse couche de deux mois à la sixième grossesse. Donc neuf enfants nés à terme vivants ; Tous sont morts en bas âge entre dix mois et vingt-six mois, il reste une fille, l'aînée, bien portante, et un fils qui se porte très bien.

Il y a huit ans, au moment de la ménopause elle a commencé à ne plus bien voir clair, le début en a été subit. Elle voyait des flammèches, la nuit elle avait des phosphènes lumineux, le tout dans son œil droit.

Elle va voir M. le Dr Abadie qui lui prescrit un traitement interne qui amène une grande amélioration. Lorsqu'il y a un an elle est reprise, mais ce n'est que le 18 *mars* qu'elle vient consulter à l'Hôtel-Dieu et l'on constate:

O D : Cataracte choroïdienne ; toute la face postérieure du cristallin est un peu opacifiée avec un aspect particulier du cristallin qui ressemble à un miroir concave. De la périphérie de la lentille partent des cavaliers cataractés, cavaliers assez fins qui vont dans la direction du centre mais ne l'atteignent pas. On ne peut pas voir le fond de l'œil, le tonus est normal.

V = compte les doigts à 40 centimètres.

O G : Voies lacrymales et conjonctive normales. Iris normale possédant tous ses réflexes. Après dilatation à l'euphtalmine on aperçoit une papille présentant une petite particularité. Les vaisseaux sortent d'une petite excavation située tout près du bord nasal. Tout à fait à la périphérie on trouve quelques placards de pigments, vestiges d'une ancienne choroïdite.

Pas d'astigmatisme.

V = 1 avec — 1 d 50, champ visuel un peu rétréci.

Observation 12.

B... Céline, 46 ans.

Antécédents héréditaires. — Mère morte tuberculeuse. Père mort à l'âge de 60 ans, d'une hémorragie cérébrale, une sœur morte à 27 ans d'une fièvre typhoïde.

Antécédents personnels. — Notre malade aurait eu le croup à l'âge de 9 mois (?) la varicelle à 4 ou 5 ans, la rougeole à 5 ou 6 ans et la fièvre typhoïde à 27 ans, rétablissement complet au bout de deux mois et demi.

Réglée à 16 ans 1/2 toujours très irrégulièrement tous les trois et même six mois. Mariée elle a eu trois enfants nés à terme, l'aîné est mort à 3 ans 1/2 de bronchite capillaire consécutive à une rougeole, les deux autres sont encore vivants et bien portants.

Depuis sa fièvre typhoïde cette malade a perdu ses dents surtout en haut, et elle a des névralgies fréquentes. Vue excellente jusqu'à 43 ans.

En 1904 elle s'aperçoit subitement qu'elle a des troubles de la vue du côté gauche, surtout au moment de la digestion. Elle voyait trouble, des flammèches, et tout disparaissait au bout d'un quart d'heure, vingt minutes. C'est tout à fait par hasard qu'elle s'aperçoit que son œil droit ne voit presque pas.

Elle vient consulter M. De Lapersonne qui lui prescrit des cachets de salicylate de soude et de bicarbonate de soude, ce qui lui procure une légère amélioration. Mais assez rapidement l'œil droit devient rouge, douloureux, la malade a de vraies crises douloureuses, elle ne peut pas voir la lumière, elle revient consulter et l'on diagnostique une irido-choroïdite. On lui prescrit de l'atropine. Les crises douloureuses augmentent ainsi

que le tonus de l'œil, état glaucomateux, on supprime l'atropine et l'on prescrit de l'ésérine et de la pilocarpine qui amènent un réel soulagement. A ce moment l'œil gauche se prend, toutefois l'acuité est encore bonne, tandis qu'elle est presque nulle au côté droit.

En août 1905 on fait une iridectomie du côté droit et en juillet une iridectomie du côté gauche. La vision ne s'améliore pas à droite mais elle reste bonne à gauche. Disparition de la douleur.

En février 1906, nouvelle iridectomie à droite, l'œil était de nouveau dur et douloureux, elle amène encore un réel soulagement.

On essaie mais sans succès le traitement mercuriel ; piqûres intraveineuses de cyanure de mercure.

Durant les crises douloureuses et de glaucome M. le Dr Joseph met de la dionine en poudre dans l'œil droit, ce qui amène un soulagement pour un mois, la partie inférieure de la cornée se sclérose.

En 1906 la vision de l'œil gauche commence à baisser, on constate alors un début de cataracte, ainsi qu'une sclérose à forme triangulaire de la partie inférieure de la cornée.

La vision baisse progressivement. La malade observe une diminution plus accentuée au moment des règles tandis que aussitôt après il y a une légère amélioration. Depuis le mois de septembre 1907 elle ne peut plus se conduire.

Le 3 avril 1908. — O. G. : la chambre antérieure est diminuée, la cristalloïde antérieure est opacifiée, dans la partie inférieure de la pupille elle est de couleur blanc nacrée. Le cristallin est complètement opacifié, la projection lumineuse est excellente. Le tonus est plutôt un peu bas.

O. D. Cataracte complète, bonne projection lumineuse.

Le 8 avril. — M. le professeur De Lapersonne fait l'extraction du cristallin de l'œil gauche, extraction difficile. On extrait le cristallin par morceaux à l'aide de la curette, pas d'issue du vitré.

Le 20 avril. — La malade quitte l'hôpital, les suites ayant été tout à fait normales.

2 *juin.* — La malade va beaucoup mieux de son œil opéré, elle commence à distinguer les objets, elle peut même se conduire dans les endroits qu'elle connaît bien. Quelque temps après avoir quitté l'hôpital elle a eu une petite poussée aiguë, son œil est devenu rouge, douloureux, la vision n'est pas toujours uniforme. Elle présente une membrane très épaisse à sa partie inférieure et supérieure, à peu près transparente au centre. On ne peut pas voir ni éclairer le fond de l'œil, on ne peut pas mesurer l'acuité. On prescrit 1 gramme d'iodure de potassium par jour.

Nous signalerons en dernier lieu un cas de cataracte chroroïdienne survenu à la suite d'un traumatisme, le traumatisme a amené une irido-choroïdite, qui à son tour se complique de cataracte. Il n'y a là qu'un phénomène assez banal, le traumatisme a créé un *locus minoris resistentiæ*, et une irido-choroïdite s'est déclarée. En pathologie nous voyons fréquemment des affections infectieuses et inflammatoires se développer dans un point de l'organisme, qui vient de subir un traumatisme, l'œil ne fait pas exception. Nous connaissons très bien, surtout depuis la loi sur les accidents du travail les irido-cyclites et irido-choroïdites traumatiques. Dans l'observation que nous allons citer il n'y a pas eu plaie de l'œil mais

simplement une contusion, contusion qui a été suivie d'une irido-choroïdite et plus tard d'une cataracte choroïdienne.

Cette observation présente en outre un autre intérêt bien plus grand, c'est que notre malade était considérée comme incurable par un des oculistes les plus distingués de Paris, il avait même délivré un certificat dans ce sens. Après l'avoir examiné à fond, M. De Lapersonne se décide à opérer un œil. Actuellement, c'est-à-dire deux mois après l'opération, cette malade a du côté opéré une acuité visuelle de 0,1, acuité qui va en s'améliorant. Ce qui prouve qu'avant de considérer comme incurables des malades atteints de cataracte choroïdienne et par conséquent de leur enlever tout espoir, il faut faire un examen très complet, ainsi que nous l'indiquons plus loin.

Observation 13.

C... Marie, 56 ans.

Antécédents héréditaires. — Son père voyait bien clair, ainsi que sa mère qui a eu neuf grossesses, dont huit se sont terminées par l'accouchement d'un enfant vivant né à terme, et une fausse couche de quatre mois. Sur huit enfants quatre sont morts à 3, 20, 22 et 35 ans, il reste donc une sœur âgée de 72 ans et deux frères âgés de 68 et 62 ans ; tous se portent bien et ne portent pas de lunettes.

Antécédents personnels. — Notre malade est la plus jeune, à 16 ans elle a eu une poussée d'ictère et à 18 la fièvre typhoïde. Réglée à 12 ans et toujours régulièrement, elle a eu à l'âge

de 40 ans d'abondantes hémorragies qui revenaient tous les huit jours et ont duré pendant cinq ans. Ces hémorragies étaient dues à un kyste de l'ovaire qui a été ponctionné; depuis tout est rentré dans l'ordre.

Mariée elle a eu deux enfants nés à terme et qui sont morts l'un à 1 mois à la suite de convulsions, l'autre à 7 ans, d'une méningite. Le mari est mort d'une affection hépatique à l'âge de 57 ans.

En 1889, alors qu'elle avait 40 ans, à la suite d'une discussion son mari la frappe assez violemment dans la région orbitaire et temporale, il y a tout d'abord production d'ecchymoses, puis peu à peu la malade voit un brouillard devant ses yeux, brouillard qui la gêne surtout à la grande lumière. Ce n'est que neuf mois après, en voyant sa vision diminuer peu à peu qu'elle va consulter M. K..., qui lui prescrit des frictions et des gouttes dans son œil.

En 1891 il fait une iridectomie à gauche et huit jours après une iridectomie du côté droit; à ce moment l'œil droit était le meilleur.

Malgré la double iridectomie, la vision continue à baisser surtout à droite. La malade va revoir M. K..., qui lui dit qu'il n'y a rien à faire pour le moment, qu'il faut attendre. La vision diminue toujours à droite, depuis deux ans elle ne voit plus rien de ce côté, l'œil gauche s'éteint progressivement.

En 1907, M. K... lui délivre un certificat d'incurabilité, pour double cataracte avec choroïdite.

Le 21 mars 1908. — Elle vient à l'Hôtel-Dieu, elle demande que l'on tente quelque chose pour sauver son œil droit.

Je l'examine et constate:

O D : La conjonctive est légèrement rouge, la chambre anté-

rieure n'existe plus, large iridectomie en haut. Le cristallin est complètement opacifié et appliqué sur l'iris qu'il repousse. La cristalloïde antérieure paraît adhérer à la face postérieure de l'iris, surtout à la partie supérieure de la pupille. Le cristallin est un peu rétracté et ne remplit pas tout le champ pupillaire, il existe tout à fait en haut une zone de séparation. Le cristallin est tremblotant par suite du relâchement de la zonule, d'où subluxation. La projection lumineuse est bonne dans tous les sens, le tonus est plutôt un peu bas.

O G : Large iridectomie en haut. Synéchies à la partie inféro-externe de la papille. Cataracte incomplète, cavaliers cataractés, très irréguliers, permettant de voir les milieux de l'œil mais non de distinguer le fond.

V = compte les doigts à 80 centimètres.

Le 28 *mars.* — M. de Lapersonne procède à l'extraction du cristallin de l'œil droit, extraction facile de la lentille dans sa capsule qui est opacifiée, il ne s'écoule pas de vitré.

30, 31 *mars*, 1^er^ *et* 2 *avril.* — Suites opératoires normales.

Le 3 *avril.* — M. De Lapersonne fait le pansement, tout va très bien.

Le 9 *avril.* — On enlève tout pansement, la cicatrisation est complète. Je prends l'acuité et j'ai : avec cylindre vertical + 3 + 12 sp. convexe. V = compte les doigts à 1 m. 50. A l'examen ophtalmoscopique on a une coloration rouge rosé de tout le fond de l'œil.

Le 14 *mai.* — A droite on constate des corps flottants du vitré.

V = 0,1 avec + 13 non amélioré par des cylindres.

O G : Cataracte incomplète surtout avancée en bas.

V = 1/20 avec + 1,50.

CHAPITRE V

Diagnostic.

Toutes les fois que nous nous trouverons en présence d'une cataracte revêtant les caractères que nous venons d'énumérer plus haut, c'est-à-dire une cataracte dont l'évolution a été très irrégulière, qui est survenue chez une personne jeune, myope le plus souvent et unilatérale, à plus forte raison si elle survient sur un œil qui a souffert, sur un œil rouge, douloureux, dont la vision est défectueuse depuis longtemps, nous serons en droit de penser à une cataracte choroïdienne. Mais avant d'affirmer notre diagnostic, nous devrons éliminer d'autres cataractes, qui par certains points ressemblent aux cataractes choroïdiennes, soit par leur évolution, soit par l'âge du sujet.

Nous ne confondrons pas une cataracte choroïdienne avec une cataracte traumatique, le diagnostic est en général très facile. Une seule condition peut venir le compliquer : le traumatisme a amené une irido-choroïdite, une irido-cyclite qui s'est compliquée plus ou moins

rapidement de cataracte ainsi que cela s'est présenté chez la malade que nous citons dans l'observation 13. Mais dans de pareilles circonstances, non seulement il n'y a pas de plaie de l'œil, mais la cataracte est très tardive. On assiste tout d'abord à l'évolution de la choroïdite ou de l'irido-choroïdite et ce n'est que plus tard quand les milieux de l'œil sont modifiés, quand la nutrition est altérée, que le cristallin s'opacifie, l'on se trouve donc bien en présence d'une cataracte choroïdienne dont le point de départ est dû à un traumatisme ancien.

Mais dans la cataracte traumatique vraie, due uniquement au traumatisme et non à des lésions des milieux de l'œil, elle survient à tout âge, mais elle a son maximum de fréquence chez l'homme, qui se livrant à des travaux considérables est plus exposé aux traumatismes, traumatismes qui peuvent agir directement sur l'œil, par blessure ou pénétration de corps étranger, ou indirectement par commotion ou contusion. Quelle que soit la manière dont agisse le traumatisme, il ne passe jamais inaperçu, surtout depuis qu'existe la loi sur les accidents du travail. Le traumatisme qui agit directement sur l'œil est suffisamment considérable pour que le malade s'en rende compte, souvent même il vient consulter avant qu'apparaisse sa cataracte.

Le plus souvent le traumatisme a produit une plaie des membranes de l'œil, plaie quelquefois peu visible mais profonde puisqu'elle a atteint la cristalloïde antérieure qui est déchirée. Aussi faut-il faire un examen sérieux des membranes externes de l'œil. La blessure peut être due à un instrument des plus variés, pointe de

couteau, épingle, épingle à chapeau de femme, épine de buisson, piquant de châtaigniers, etc.

Si la blessure siège à la périphérie de la cornée et à plus forte raison sur la sclérotique on ne verra pas la déchirure de la cristalloïde antérieure, on ne verra que la cataracte. Ce qui se reconnaîtra plus facilement c'est une perforation de l'iris. S'il en existe une dans ce cas l'iris adhère à la plaie et l'atropine ne peut pas rompre cette adhérence. Enfin si la blessure siège sur la cornée, on la verra, on verra de même la plaie de la cristalloïde, plaie qui a permis à l'humeur aqueuse de pénétrer ainsi dans le cristallin et d'amener rapidement l'opacification.

Dans d'autres cas le corps vulnérant a pénétré dans l'œil et y est resté, soit dans le cristallin lui-même, soit dans le vitré après avoir traversé le cristallin. Dans quelques cas très rares, signalés par Wagner et Dujardin l'œil a très bien supporté ces corps étrangers métalliques le plus souvent sans cataracte consécutive. De pareils faits sont des exceptions.

Enfin le traumatisme peut agir à distance, c'est-à-dire qu'il n'y a pas besoin de blessures de l'œil. Une simple contusion, une commotion même peuvent être le point de départ d'une cataracte traumatique.

Quelle que soit la variété de traumatisme qui a donné lieu à ces cataractes, l'opacification du cristallin est très rapide et fait suite immédiatement à l'accident. En quelques jours la cataracte est complète, opacification d'autant plus rapide que le sujet est plus jeune. C'est une cataracte molle surtout chez un sujet n'ayant pas

dépassé 35 ans. De plus il est bien rare qu'avec la cataracte, nous n'ayons pas des phénomènes d'inflammation de l'œil, surtout s'il y a un corps étranger, inflammation qui se manifestera dans ce dernier cas par de l'irido-cyclite et même par de l'ophtalmie sympathique.

Donc d'une manière générale on reconnaîtra une cataracte traumatique à son évolution rapide et à ce qu'elle suit de très près le traumatisme, qui est suffisamment considérable pour ne pas passer inaperçu, de plus ce sont presque toujours des cataractes molles ou demi molles.

Plus difficile sera le diagnostic des cataractes choroïdiennes d'avec les cataractes congénitales. Cependant on y arrivera en tenant compte de leur date d'apparition, de leur évolution et surtout de leur aspect. Les cataractes congénitales, ainsi que l'indique leur nom, existent depuis la naissance, à un état plus ou moins avancé, quelquefois ce n'est qu'assez tard que le malade s'en aperçoit. Le plus souvent elles sont héréditaires et nous en trouvons plusieurs exemples dans la littérature ophtalmologique. Pfluger en fait mention. M. Dor cite toute une famille, la grand'mère, la mère et la fille qui étaient atteintes d'une cataracte stellaire congénitale. En général c'est dès l'enfance que l'on s'en aperçoit, ce sont des enfants qui voient mal, très mal quelquefois.

Le plus souvent ce sont des cataractes polaires postérieures dues à la persistance de l'artère hyaloïdienne ou d'artères issues de cette artère hyaloïdienne ; rarement

elles sont polaires antérieures et sont dues alors à la persistance d'une portion de la membrane pupillaire. Une autre forme de cataracte congénitale est la forme zonulaire, forme que l'on rencontre le plus souvent chez des enfants qui ont eu des convulsions et qui présentent des troubles de la dentition.

Les cataractes congénitales reconnaissent donc deux grandes causes : un arrêt dans le développement de l'œil tel que la persistance de l'artère hyaloïde ou de la membrane pupillaire et un trouble de la nutrition. Pourquoi au lieu d'accepter ce terme vague de trouble de la nutrition, pourquoi ne pas faire de ces cataractes des cataractes inflammatoires. Actuellement on considère de plus en plus les affections congénitales comme dues soit à un arrêt de développement, soit à une inflammation par infection intra-utérine. Pourquoi alors ne pas admettre pour certaines cataractes congénitales une origine choroïdienne par choroïdite intra-utérine ? les lésions congénitales de choroïdite ou de choriorétinite existent. Enfin ces cataractes que l'on croit congénitales peuvent bien être dues à des choroïdites de l'enfance, choroïdites qui ont passé inaperçues et qui ont peut-être fait suite à une maladie infectieuse du jeune âge. Il y aurait probablement des recherches intéressantes à faire de ce côté là.

Enfin il nous faudra éliminer un certain nombre de cataractes qui sont dues soit à une autre affection de l'œil, soit à un état dyscrasique.

Les deux affections de l'œil autres que les affections de la choroïde, qui donnent naissance à une cataracte

sont certainement le glaucome et le décollement de la rétine.

Les cataractes glaucomateuses sont fréquentes, elles sont même fatales à la suite du glaucome secondaire ou du glaucome irritatif. L'opacification se fait non par inflammation, mais par distension de la zonule qui s'amincit, d'où il en résulte une luxation, ou tout au moins une subluxation du cristallin. On diagnostiquera cette variété de cataracte, par ses antécédents, crises aiguës de glaucome, par sa coloration un peu spéciale, verdâtre et surtout par le tonus de l'œil qui est augmenté.

La cataracte par décollement de la rétine se reconnaît assez facilement. Elle survient peu après un décollement de la rétine, et évolue très rapidement. Dans cette forme le tonus de l'œil est au contraire abaissé. Nous insisterons dans le chapitre suivant, au moment où nous discuterons les conditions opératoires des cataractes choroïdiennes, sur l'importance qu'il faut attribuer au tonus. Ne pas opérer un œil en menaces de glaucome, ou du moins faire une iridectomie au préalable; de même bien étudier la projection lumineuse périphérique et centrale d'un œil qui est mou, car si le décollement de la rétine n'existe pas, il est à craindre.

Le diagnostic d'avec les cataractes de causes dyscrasiques et dues au mauvais état de l'organisme, aux tares, se reconnaîtront en faisant un examen médical complet, et surtout par l'examen soigneux des urines, que l'on pratiquera plusieurs fois au besoin. Nous éliminerons ainsi les cataractes par tétanie ou mieux par thy-

roïdisme ou par ergotinisme. Ces dernières ne se rencontrent guère en France, mais surtout dans le Sud Algérien où elles sont très fréquentes et coexistent du reste avec les autres manifestations de l'intoxication mitigée, c'est-à-dire diminution des réflexes rotuliens, fourmillements, vertiges. La cataracte nophtalmique est une cataracte expérimentale ; une affection de laboratoire qui se rencontre très rarement, à peine en cite-t-on quelques cas chez l'homme après injection de naphtols B à dose thérapeutique. En pratique c'est un diagnostic qui ne se présentera jamais. Les cataractes par fulguration se reconnaîtront aux commémoratifs, de plus elles sont très rares.

De beaucoup la plus fréquente est certainement la cataracte diabétique. C'est une cataracte à marche extrêmement rapide, son évolution est vite complète ; elle est molle chez l'enfant, chez l'adulte c'est une cataracte demi molle à évolution rapide, bilatérale le plus souvent, sans aucun état inflammatoire de l'œil. On ne trouve donc aucun des caractères principaux des cataractes choroïdiennes, qui le plus souvent sont unilatérales, à marche irrégulière; lente, sans aucune réaction inflammatoire apparente, à moins qu'elles ne fassent suite à des poussées de choroïdites multiples, à l'évolution desquelles on a assisté. Enfin l'examen de l'œil fait faire le diagnostic. On trouve d'anciennes traces d'inflammation du tractus uvéal. Chez les personnes plus âgées, la cataracte est dure et ressemble absolument à la cataracte sénile ordinaire. C'est donc principalement par un examen méthodique et répété des urines que

l'on arrivera à faire le diagnostic exact des cataractes diabétiques.

La syphilis n'agit pas directement sur la cristallin, n'occasionne pas directement la cataracte, mais indirectement, par l'intermédiaire des lésions choroïdiennes ou chorio-rétiniennes. Nous n'avons pas à faire ici l'étiologie des choroïdites et des chorio-rétinites, mais dans l'immense majorité des cas, elles sont dues à la syphilis. Syphilis acquise pour les choroïdites aiguës, pour les irido-choroïdites. Syphilis héréditaire en cas de sclérochoroïdite et surtout de chorio rétinite. Certains auteurs considèrent les plaques de chorio-rétinite comme un symptôme de syphilis héréditaire. Enfin tous les ophtalmologistes connaissent l'action vraiment merveilleuse, dans un grand nombre de cas du traitement mercuriel intensif. Beaucoup des malades dont nous citons l'observation ont été plus ou moins améliorés par ce traitement. Cependant chaque poussée de choroïdite laisse a sa suite des lésions qui évoluent soit vers l'atrophie, soit vers la sclérose, de sorte que peu à peu la structure de la choroïde est très modifiée avec modification dans la nutrition de l'œil. Enfin la syphilis amène des troubles du vitré, qui malheureusement évoluent le plus souvent vers l'organisation et la rétraction, ce qui est certainement le point noir de cette affection.

CHAPITRE VI

Conditions opératoires.

Maintenant que nous connaissons la cataracte choroïdienne, ses formes et son évolution, maintenant que nous savons en faire le diagnostic, quelle sera notre conduite en présence de pareils cas ? Que répondrons-nous aux malades qui nous demanderont de leur rendre la vue, de leur enlever leur cataracte. Car les malades demandent qu'on les opère. Il existe malheureusement une opinion populaire, qui veut que l'extraction de la cataracte soit une opération bénigne suivie de succès. De plus les malheureux qui ont vu leur vision disparaître peu à peu, et à qui on a dit qu'ils avaient une cataracte, se sont repris à espérer et réclament à grands cris qu'on les opère, afin qu'on leur rende la vue, ou du moins un peu de vision. C'est là leur dernier et unique espoir et l'on comprend avec quelle insistance ils réclament une opération.

En présence d'une affection revêtant des formes et des allures aussi nombreuses, on ne peut pas *à priori*

indiquer les conditions dans lesquelles il faut opérer. Ces conditions varient suivant les cas. Il nous faut envisager une série de cas, pour chacun desquels nous indiquerons les conditions nécessaires pour intervenir avec les plus grandes chances de succès.

A côté des règles spéciales, qui doivent guider l'ophtalmologiste, dans la décision d'une extraction de cataracte choroïdienne, il existe toutes les conditions opératoires communes aux autres cataractes, à la cataracte sénile par exemple. Jamais un ophtalmologiste ne songera à extraire une cataracte choroïdienne qui ne serait pas mûre, il ferait comme dans le cas d'une cataracte ordinaire une opération pénible, incomplète et qui ne serait pas sans danger ; en tout cas elle ne serait pas suivie du succès auquel il aurait droit d'espérer, de même il ne songera jamais à opérer un œil qui serait en état de suppuration ; s'il était atteint d'une conjonctivite aiguë, d'une kératite, et à plus forte raison s'il était en poussée d'iridocyclite, ou d'iritis, ou de toute autre affection aiguë. Dans les cas de cataractes choroïdiennes, il faut faire attention à l'état des voies lacrymales, s'assurer d'une façon certaine de leur perméabilité et de leur asepsie ; car ces yeux sont très sensibles, et la plus petite infection, qui chez d'autres passerait inaperçue sans aucune complication, peut être dans ces cas un peu spéciaux le point de départ d'une nouvelle poussée d'irido-choroïdite ou de choroïdite, absolument fatale pour la vision du malade ; sans parler de la possibilité d'une panopthlalmie. Alors qu'avec un peu de prudence et un traitement approprié,

c'est-à-dire l'asepsie des voies lacrymales on aurait pu avoir un bon succès opératoire.

Comme dans toutes les autres cataractes, il faudra s'assurer avant de tenter l'ablation du cristallin opaque, que l'œil est bon, ou du moins susceptible d'une acuité visuelle plus ou moins élevée, ne pas opérer un œil amaurotique ; s'assurer que la perception lumineuse existe, mais cette recherche devra être faite d'une façon beaucoup plus soigneuse que dans les cas de cataractes séniles ; il faudra s'assurer que cette perception lumineuse existe aussi bien au centre qu'à la périphérie, qu'il n'y a pas de scotome en quelque sorte, qu'il n'y a pas de décollement de la rétine. Du reste nous reviendrons sur l'importance de la projection lumineuse et sur la façon de la rechercher.

En un mot il faut s'entourer de toutes les précautions usitées en pareils cas, ne négliger aucun élément de diagnostic, ni aucun détail de si minime importance qu'il nous paraisse être. Car n'oublions pas que nous nous trouvons en présence de cataractes un peu spéciales ou du moins dont la gravité est plus grande, et que par conséquent nous n'avons pas le droit de commettre aucune imprudence, sous peine de compromettre gravement notre succès opératoire.

A côté de ces précautions générales que l'on doit prendre à propos de toutes les cataractes en général, il en existe de particulières, de spéciales aux cataractes choroïdiennes. On ne doit pas opérer de parti pris toute cataracte choroïdienne ; et avant d'opérer il faut s'assurer que l'on a des chances de succès ou du moins

que l'opération se fera dans de bonnes conditions et qu'elle ne sera pas suivie d'accidents graves, tels que hémorragies, décollement de la rétine, etc. A peine dans certains cas désespérés, sera-t-on en droit d'être plus audacieux et d'opérer malgré tout.

Les conditions qui dirigeront le chirurgien dans la décision d'une intervention varieront suivant l'état des yeux, suivant que la cataracte sera unilatérale ou bilatérale, suivant son état de maturité, suivant sa marche. L'état des yeux, leur acuité visuelle dirigeront le chirurgien. En un mot l'opérateur se laissera guider et par l'état de la cataracte en elle-même et par l'état des yeux en général.

Plusieurs cas peuvent se présenter suivant que la cataracte est unilatérale ou au contraire bilatérale.

Si la cataracte est unilatérale, on se basera, pour opérer, sur l'acuité visuelle de l'œil non cataracté. Si l'œil non cataracté a une acuité visuelle normale, ou tout au moins suffisante pour permettre au malade de travailler ou mieux de se livrer à ses occupations courantes sans trop de gêne ou de fatigue, il n'y a pas dans ce cas nécessité d'opérer et cela tant que les malades y voient suffisamment. Il ne faut pas tracasser inutilement cet œil malade. Car dans ce cas l'opération peut réveiller de vieilles affections éteintes, peut amener de nouvelles poussées d'iritis, d'irido-choroïdite, de choroïdite et presque sûrement des troubles du vitré. Quand le malade a encore un œil de bon, il ne perd pas grand'chose à ne pas être opéré, juste un peu de perte dans l'étendue de son champ visuel. C'est ce qui s'est présenté pour

notre jeune malade dont nous avons cité l'observation plus haut (observation n°6). Chez elle, malgré que la cataracte fût mûre, M. le professeur De Lapersonne n'a pas voulu intervenir, car l'acuité de l'autre œil était suffisante pour le travail auquel se livre cette jeune femme, de plus la projection lumineuse était loin d'être parfaite dans toutes les directions. De sorte qu'en opérant sa cataracte on s'exposait, comme dans toute opération, même la mieux guidée, à quelques risques et le résultat n'aurait certes pas été très brillant.

Mais cette décision n'est pas irrévocable : tel malade ayant une cataracte choroïdienne unilatérale que l'on n'opère pas maintenant, parce que l'acuité de l'autre œil est satisfaisante, pourra être opéré plus tard, quand l'acuité visuelle aura baissé suffisamment pour que ce malade ne puisse plus se livrer à ses occupations. Que cette baisse de l'acuité visuelle soit due à une affection des milieux de l'œil, à de la choroïdite, ou bien à une cataracte en évolution. Or dès que l'acuité sera insuffisante du côté le meilleur on sera en droit d'opérer.

Si la cataracte est bilatérale la question est plus complexe, car les malades sont en général jeunes ; ils ne voient pas beaucoup et leur vision diminue progressivement, sans qu'on puisse remonter leur acuité visuelle par aucun traitement ni par des verres. Ce qu'il y a encore de plus gênant c'est que ces cataractes sont, ainsi que nous l'avons dit dans les chapitres précédents, à marche très irrégulière et en général d'autant plus lente que le sujet est plus jeune. Dans ce cas on comprend combien les malades s'impatientent et deman-

dent avec insistance qu'on tente une opération. On doit essayer de faire quelque chose, pour eux, qui sont jeunes le plus souvent, et qui par conséquent ont besoin plus que tout autre de leur vision. Là encore, deux cas peuvent se présenter, ou bien la cataracte est égale, aussi opaque des deux côtés, ou bien elle est complète d'un côté et débute de l'autre côté.

Dans le premier cas quand les cataractes sont à peu près égales des deux côtés comme cela arrive chez les myopes qui font ou qui ont fait de la choroïdite atrophique, qui dure depuis longtemps et qui évolue encore, malades dont la cataracte dure depuis longtemps et marche avec lenteur, en amenant une baisse de la vision, qui s'ajoute à celle provoquée par la grande myopie. Dans ces cas, il faut faire quelque chose, mais quoi ? La conduite du chirurgien sera guidée par l'âge du malade, par la forme de la cataracte et par son degré de maturité.

Dans ces sortes de cataractes à marche très lente le premier procédé qui se présente à l'esprit pour hâter la délivrance du malade est certainement la maturation artificielle. Soit par la décision comme la pratiquait Gibson en 1811, en faisant pénétrer l'humeur aqueuse dans le cristallin par une ponction du centre de la cristalloïde antérieure, procédé qui n'a pas donné de bons résultats, soit par le massage ou opération de Forster, massage que l'on pratique à travers la cornée, après iridectomie préalable. Voici comment opérait Forster : après avoir fait une iridectomie, il fait à travers la cornée, avec le dos d'un crochet à strabisme, un massage

circulaire. Par ce procédé et au bout de trois à six jours, M. le professeur De Lapersonne a pu extraire des cristallins complètement opacifiés. Cette opération est encore très employée de nos jours. Au premier abord elle paraît devoir être la méthode de choix pour ces sortes de cataractes choroïdiennes myopiques ; malheureusement, ainsi que le fait remarquer Mooren, elle est contre-indiquée chez les athéromateux, car elle peut amener des crises de glaucome, enfin elle donne très peu de résultat dans les cas de cataracte capsulaire postérieure. Or presque toutes les cataractes choroïdiennes sont des cataractes capsulaires postérieures. C'est donc là un procédé sur lequel il ne faut guère compter.

Si la cataracte est une polaire antérieure, ce qui est rare, on pourra employer la discision ; mais ce procédé sera réservé aux malades très jeunes, car seules les cataractes des jeunes sujets sont des cataractes sans noyaux et encore le professeur Panas en a trouvé avec noyaux chez des enfants, noyaux parfois même assez résistants. En général cette opération n'est guère employée sur des sujets ayant plus de 15 ans, sauf en cas de cataractes myopiques, qui sont celles qui nous intéressent. Mais à partir de 25 ans, il ne faut guère compter sur ce procédé opératoire, qui en somme a des indications bien limitées, et que l'on rencontre assez rarement.

Enfin la cataracte est mûre ou presque mûre, il n'y a donc aucune raison d'essayer la maturation artificielle. Quel procédé employer ? Si le malade est âgé, s'il a plus de 60 ans, ce qui n'est pas fréquent, puisque plus haut nous avons vu que le maximum de fréquence

de la cataracte choroïdienne se rencontrait après 30 ans et avant 50. Il faudra faire l'extraction du cristallin. Car ces cataractes sont pourvues d'un noyau. Cependant nous serons moins exclusifs et même chez des malades plus jeunes il sera avantageux et même nécessaire de faire l'extraction. Nous savons que la présence d'un noyau dans un cristallin opacifié se trouve même chez des sujets très jeunes, puisque Turck cite le cas d'un enfant de 6 ans qui avait une cataracte stationnaire, et chez lequel il y avait un noyau très résistant.

Mais dans ces cas doit-on faire l'extraction simple, ou au contraire la faire précéder d'une iridectomie préparatoire, iridectomie que l'on fera quelque temps auparavant ou dans une même séance opératoire. Ici la réponse ne paraît pas douteuse et nous croyons que tous les auteurs sont du même avis, il faut faire précéder l'extraction du cristallin d'une iridectomie, iridectomie qui a quelquefois été faite longtemps avant au cours de l'irido-choroïdite, contre l'occlusion pupillaire, ou contre une poussée de glaucome. Si elle n'est pas faite, il faudra la faire autant que possible quelques jours auparavant de manière à faire subir à ces yeux malades le minimum de traumatisme, empêcher toute poussée de glaucome, ce qui est toujours à craindre, bien que beaucoup d'auteurs assurent que ces yeux ne réagissent presque pas. Enfin l'iridectomie a encore une raison d'être : elle favorise l'extraction de cette cataracte, extraction qui est souvent très pénible et qu'il faut faire avec l'anse de Suellen, ainsi que nous l'avons vu faire pour plusieurs de nos malades par M. le profes-

seur De Lapersonne. Dans ce cas l'iridectomie donne beaucoup plus de jour. Enfin souvent la cataracte étant supramure est devenue une cataracte tremblotante par rétraction de la zonule et subluxation; aussi fait-on très facilement, spontanément même, une extraction dans la capsule; c'est ce qui arrive chez notre malade qui fait l'objet de notre observation n° 13. Chez elle l'extraction du cristallin dans sa capsule ne fut suivie d'aucune perte du vitré, celui-ci étant déjà organisé, ce qui malgré tout n'a pas eu grande conséquence puisque cette malade a actuellement deux deuxièmes d'acuité de cet œil.

Malheureusement ce n'est pas toujours que cette extraction dans la capsule sera possible; aussi faudra-t-il quelques mois après, si le tonus est normal, faire une discision de la cristalloïde postérieure, opérer une cataracte secondaire, ce qui est presque fatal chez ces malades. Il est même bon de les en avertir afin qu'ils ne croient pas à un insuccès ou à une opération supplémentaire.

Si au contraire la cataracte n'est pas égale des deux côtés, si elle est complète d'un côté, alors qu'elle ne fait que débuter de l'autre, les conditions opératoires varient encore. D'un côté, l'opacification du cristallin est totale, — le malade ne voit rien ou du moins n'a que la perception lumineuse, tandis que de l'autre côté son acuité visuelle est malheureusement tout à fait insuffisante et ne lui permet aucun travail. Cette baisse de l'acuité visuelle est due soit à une cataracte en évolution, soit à un mauvais état de tout l'œil par suite de poussées de

choroïdite, d'irido-choroïdite, soit encore à une choroïdite atrophique ou un décollement de la rétine, dans lesquels cas la vision est presque nulle. Ou bien encore l'œil a été perdu à la suite d'un traumatisme quelconque. En un mot, d'un côté nous avons une cataracte complète, et de l'autre côté une acuité visuelle allant d'un dixième à quelques centièmes ou à l'amaurose totale. Dans ce cas on doit en principe proposer l'extraction du cristallin, à moins de contre-indications que nous allons étudier.

Nous nous garderons bien de considérer comme contre-indications opératoires les complications de la cataracte en temps que cristallin opacifié. Ce sont là des inconvénients, qui certainement gêneront le chirurgien au moment de l'extraction, rendront l'opération plus délicate, plus longue, et dont le résultat sera peut-être moins brillant ; mais avec un peu d'habileté et un peu de pratique on en viendra à bout et l'on achèvera l'opération. Par conséquent la présence d'une cataracte capsulo-lenticulaire ou d'une cataracte adhérente comme cela s'est présenté pour les malades cités aux observations 10 et 14, ou même avec une cataracte trémulante n'est nullement une contre-indication opératoire, mais il faut s'attendre à une opération longue et laborieuse et si on n'est pas sûr de soi ne pas l'entreprendre. Malgré ces complications, les résultats pourront être très bons, ainsi que cela est arrivé pour les malades dont nous allons citer les observations.

Observation 14.

Ernestine A..., âgée de 37 ans, ménagère.

Antécédents héréditaires. — Père mort d'une pleurésie, voyant très bien, mère morte au moment de la ménopause, elle avait une excellente vue, elle a une sœur âgée de 42 ans qui voit très bien et un frère de 29 ans.

Comme antécédents pathologiques, elle a eu la rougeole à l'âge de 5 ou 6 ans après une fièvre typhoïde.

En 1900, une bronchite avec gastralgie et a été soignée par des pointes de feu et de la créosote.

A l'âge de 11 ans elle a eu sa première affection oculaire dont on ignore la nature et qui n'a pas laissé de reliquat.

Réglée à 13 ans, elle l'a toujours été régulièrement.

Mariée en 1892, à 21 ans, elle a eu :

1894. Première grossesse terminée à 8 mois, un garçon vivant et bien portant.

1896. Une fausse couche de 4 mois.

1897. Un enfant mort-né de 8 mois.

1898. Une fille née à terme vivante et bien portante.

1904-1905. Deux fausses couches de 2 mois environ.

C'est en 1892, c'est-à-dire il y a seize ans, qu'elle a commencé à avoir mal aux yeux. Sa vue a baissé surtout du côté gauche sans autre douleur que de la gêne à la grande lumière. La malade va consulter à l'hôpital Saint-Joseph et pendant six mois on lui fait des injections sous-conjonctivales, et un peu d'électricité. Au bout de six mois elle cesse d'aller à l'hôpital car elle est enceinte. En 1900-1901, elle va se faire soigner à l'hôpital

Péan pour une bronchite et l'on soigne de nouveau ses yeux et on lui fait :

En 1901. — Iridectomie du côté droit.

En 1903. — Extraction d'une cataracte du côté gauche.

En 1903. — Probablement une irido-capsulotomie quatre mois après.

Le 11 *décembre* 1907. — Elle vient à la consultation d'ophtalmologie de l'Hôtel-Dieu parce qu'elle ne voit plus de l'œil droit et l'on diagnostique une cataracte complète de ce côté. L'examen donne :

Kératométrie + 2d : 50, axe 50° du côté gauche.

— + 0d : 50, axe 15° du côté droit.

A droite la cataracte est complète et le début en remonte à 1905 environ, donc marche lente et progressive. La conjonctive et les voies lacrymales sont saines. La cornée présente une légère infiltration à sa partie supérieure avec vaisseaux indiquant des lésions anciennes. La chambre antérieure est peu profonde. L'iris est de couleur verdâtre, pupille d'iridectomie avec synéchies postérieures et barre transversale, reliquat d'adhérences, par suite pas de réflexes. Le cristallin est complètement opacifié la lactescence est totale. L'éclairage oblique ne montre pas d'ombres portées, la malade ne compte pas les doigts. Le tonus est normal.

A gauche la conjonctive et les voies lacrymales sont normales. La cornée est infiltrée à la périphérie et sur la moitié externe de sa circonférence. La chambre antérieure est peu profonde, la pupille est déformée, allonge dans le sens horizontal et un peu en bas. L'iris est également de couleur verdâtre, terne sans réflexes.

A l'ophtalmoscope la papille est blanche uniformément, les

veines sont normales mais les artères sont grêles, les milieux sont troubles. On voit de nombreux corps flottants dans le vitré. La malade compte les doigts à 50 centimètres et n'accepte pas de verre. On lui fait 12 injections intra-musculaires d'huile au sublimé.

Le 20 janvier 1908. — On procède à l'extraction de la cataracte du côté droit, cataracte sans noyau, extraction très pénible par suite des nombreuses adhérences On fait un lambeau conjonctival. Les suites opératoires sont absolument normales.

Le 9 février. — La malade quitte l'hôpital très améliorée.

Le 2 mars. — Elle vient nous voir. La pupille est déformée, les milieux sont troubles, on ne voit pas la choroïde mais on constate la présence de nombreux corps flottants du vitré.

A droite la pupille est déformée et est obstruée par une membranule irrégulière, surtout opaque au niveau du centre de la pupille. Ce n'est que tout à fait en haut que le champ pupillaire est libre. On ne peut pas voir le fond de l'œil.

18 *mars.* — On trouve à la kératométrie :

O G : + 3 dr. Astigmatisme inverse, axe horizontal.

O D : + 0,50. Astigmatisme inverse, axe horizontal.

V O G : = 0,1 avec + 12.

V O D : = 0,1 avec + 11.

Les cylindres ne donnent pas d'amélioration. A gauche le vitré est encore trouble avec de gros corps flottants. On ne distingue pas le fond de l'œil. A droite la membranule augmente, on aperçoit le fond de l'œil mais on ne voit pas de détail.

18 *mai :*

V O G = 0,2 avec + 12.

V O D = 0,04 avec + 11.

La membranule continue à épaissir, c'est ce qui explique la

baisse considérable de l'acuité à droite, tandis qu'elle remonte à gauche, car le vitré s'éclaircit peu à peu.

Observation 15.

Anaïs C.,., 32 ans.

Antécédents héréditaires. — Père vivant et bien portant, mère morte des suites d'une affection cardiaque. Un oncle aveugle à la suite d'une fièvre typhoïde. Enfin une sœur plus jeune, qui est hospitalisée à l'hospice de la Salpêtrière pour débilité mentale, délire de la persécution.

Comme antécédents personnels. — Pas de maladies graves dans l'enfance, réglée à l'âge de 13 ans et jusqu'à il y a six mois où elle a eu des pertes assez abondantes qui lui revenaient toutes les trois semaines.

En 1900 elle a eu la fièvre typhoïde, à part cela pas de fausses couches, elle a une petite fille qui est née à terme et qui se porte bien, pas de maux de gorge, pas d'éruption, légère chute de cheveux il y a un an, pas de traces de syphilis.

Il y a deux ans en 1906 à la suite d'un voyage, son œil gauche devient douloureux, rouge, la malade a la sensation de mouches volantes, elle vient voir M. le professeur De Lapersonne.

C'est le 20 octobre 1906 qu'on l'examine pour la première fois à l'Hôtel-Dieu et l'on constate :

O G: occlusion pupillaire due à une irido-choroïdite, il n'existe plus de chambre antérieure, le tonus est normal.

V = compte les doigts à 1 mètre.

O D: V = 1 avec cylindre + 0,75 axe vertical.

Le même jour on fait une iridectomie du côté gauche et *le 6 décembre* 1907, à gauche, la cataracte choroïdienne appa-

raît presque complète. On ne peut plus voir le fond de l'œil, le tonus est normal et les voies lacrymales sont saines sans refoulement ni larmoiement.

A droite poussée d'irido-choroïdite avec synéchies postérieures anciennes.

18 *décembre* 1907. — Extraction à la curette d'une cataracte choroïdienne adhérente et sans noyau.

16 *janvier*. — Les suites opératoires ont été normales à gauche, la malade a la perception lumineuse ; à droite : V = 0, 3,

28 *février*. — A gauche toujours perception lumineuse, la membranule s'épaissit. A droite : V = 0, 3. On fait à la malade une série d'injections intraveineuses de cyanure de mercure, une tous les deux jours.

1er *avril*. — J'examine la malade et je constate O G : occlusion papillaire complète, il ne reste qu'une fente linéaire à travers laquelle on voit une cristalloïde blanche, la malade voit la lumière, le tonus est à peu près normal.

O D : synéchies postérieures nombreuses, le tonus est un peu bas, le fond de l'œil est inéclairable, les milieux sont troubles, nombreux corps flottants au vitré.

V = 0, 1 avec + 1.

20 *mai*. — Dernière visite de la malade : du côté gauche toujours au même point mais le tonus est beaucoup abaissé ; à droite : V = 0, 1, les milieux sont très troubles. La malade réclame un certificat d'incurabilité qu'on lui délivre. On lui prescrit 20 frictions mercurielles à 4 grammes et 1 gramme d'iodure de postassium par jour.

La cataracte, branlante ou trémulante, ne devra pas non plus arrêter le chirurgien, vu que le résultat est

quelquefois très bon. C'est ce qui est arrivé pour la malade citée à l'observation 13 dont l'acuité visuelle est déjà remontée à près de 0,2 et qui serait en très bon état si la cataracte de son autre œil n'allait pas en augmentant. Il tarde à la malade qu'elle soit complète pour qu'on la lui enlève afin qu'elle ait une vision à peu près égale des deux côtés : chez elle le tonus de l'œil n'a pas bougé et nous assistons peu à peu à l'augmentation de l'acuité visuelle, résultat d'autant plus appréciable qu'un ophtalmologiste distingué lui avait délivré un certificat d'incurabilité.

Il faut bien se garder d'opérer ces cataractes, si on n'a pas fait un examen soigneux de la projection lumineuse, tant périphérique que centrale, et si on ne s'est pas assuré du tonus de l'œil.

Nous avons vu qu'on observe souvent au cours des cataractes choroïdiennes, surtout des cataractes choroïdiennes myopiques, des décollements de la rétine. Cette complication est loin d'être rare, nous l'avons cité déjà dans certaines de nos observations, entre autres dans les 3 et 6, et surtout dans celle que nous allons exposer à la fin de ce chapitre. Cette complication doit être diagnostiquée car elle joue un grand rôle dans le pronostic de l'affection, et est une contre-indication absolue à l extension du cristallin ainsi que cela s'est présenté dans les observations 3, 6, 16.

Quand le cristallin n'est pas complètement opacifié, quand il n'y a que quelques cavaliers de cataractés et par conséquent qu'on peut encore voir le fond de l'œil, le décollement de la rétine se voit, on en fait assez

facilement le diagnostic. L'étude du champ visuel vient le confirmer. Du reste malgré sa brusquerie, il est précédé de signes avant-coureurs, qui le feront presque prévoir, et qui en faciliteront le diagnostic. Depuis longtemps le malade se plaint d'avoir la sensation de mouches volantes, sous forme de longs filaments qui montent et qui descendent dans son champ visuel, et surtout au centre de ce dernier. Les malades en sont très incommodés et viennent souvent consulter pour cela. D'autres fois ils ont des éclairs lumineux, des phosphènes (obs. n° 3). Ces troubles sont dus à la choroïdite myopique et surtout aux troubles du vitré, à sa liquéfaction. Les corps flottants sont dus, ainsi que nous l'avons précédemment décrit, aux parties du vitré qui sont plus denses que l'ensemble de l'humeur vitrée et qui y circulent. Cette liquéfaction du vitré se manifeste encore, outre les corps flottants, par une diminution du tonus, ce qui favorise encore le décollement rétinien. A ce moment la rétine n'est plus soutenue, et il suffit d'un petit traumatisme, insignifiant parfois, et qui peut très bien passer inaperçu, pour que le décollement apparaisse, quelquefois même il est spontané.

Si la cataracte est complète, et c'est le cas qu'il nous faut surtout envisager, il faut encore faire le diagnostic de décollement de la rétine. Nous y arriverons par l'état du tonus de l'œil, qui est mou, vu que le vitré est organisé, ou tout au moins liquéfié. Mais c'est surtout par la projection lumineuse que nous y arriverons. Aussi devons-nous apporter tous nos soins à cette étude. Il faut en quelque sorte prendre le champ visuel de la

projection lumineuse, comme un champ visuel ordinaire. Et pour cela il ne faut pas se contenter de la projection de la lumière avec un miroir concave ; car la source lumineuse est trop forte, et en cas de décollement partiel ne donne pas de résultat. Pour bien prendre le champ visuel, pour bien étudier la projection lumineuse d'un malade atteint de cataracte, il faut l'enfermer dans une chambre noire, boucher complètement l'œil qui voit encore un peu, ensuite dire au malade de regarder devant lui : s'il n'y arrive pas, on lui dit de regarder son doigt que l'on place devant lui. C'est là une chose que tous les malades peuvent faire même quand ils ne voient pas du tout. Quand le malade regarde bien en face de lui dans la direction qu'on lui a fixée, on approche peu à peu de son œil une petite source lumineuse, une bougie allumée, ou mieux encore un rat de cave que l'on amène de derrière lui au devant de son œil. Il faut que non seulement le malade voit la lumière, mais qu'il indique la direction d'où elle vient. On refait l'essai dans toutes les directions. Souvent le malade ne peut pas toujours ndiquer la direction de la lumière, ce qui est arrivé à la jeune fille de l'observation 6. Dans ce cas et à plus forte raison si le malade ne voit pas du tout la lumière, on peut diagnostiquer un décollement de la rétine.

Mais l'examen de la projection lumineuse ne doit pas se borner à la périphérie, il faut également faire l'examen de la projection lumineuse centrale, ce que beaucoup d'auteurs omettent de signaler. Il faut rechercher s'il n'existe pas dans le champ lumineux des trous, des

scotomes. Il faut rechercher par ce procédé si par hasard il n'existe pas une plaque de choroïdite au niveau de la macula. Dans ces cas il y aurait une contre-indication formelle à l'ablation du cristallin. C'est ce qui s'est présenté pour les malades cités dans les observations 7, 16.

Quand la cataracte choroïdienne survient au cours de choroïdites aiguës d'irido-choroïdites le décollement de la rétine est également fréquent et se manifeste à peu près par les mêmes symptômes. Il est dû également à la liquéfaction et à la rétraction du vitré qui s'est organisé, et cela grâce à la nutrition défectueuse des milieux de l'œil. Là encore le tonus de l'œil est abaissé, et c'est toujours par l'étude attentive et rigoureuse de la projection lumineuse, que nous ferons le diagnostic de cette complication, diagnostic qui se fera même en cas l'occlusion de la pupille (obs. 16).

Observation 16.

L. G..., 36 ans, 35 quai de la T.

Antécédents héréditaires. — Père mort depuis quelques années, voyant très bien. Mère encore vivante, mais aveugle, a eu un décollement de la rétine du côté droit à 35 ans et du côté gauche à 47 ans à la suite d'un traumatisme (chute dans un escalier).

Un frère devenu hémiplégique à l'âge de 3 ans, très myope et mort depuis quelques années.

Une sœur bien portante et jouissant d'une excellente vue.

Marié, notre malade a une petite fille âgée actuellement de 9 ans et qui a :

O D : anciennes lésions cornéennes, myopie d'environ trois dioptries, vision trouble.

O G : emmétrope V = 1.

Un fils âgé de 13 ans ayant :

O D : large décollement de la rétine. V = 0,06, avec — 4 di

O G : V = 0,7 avec — 7 d., champ visuel très bon.

Notre malade a eu à l'âge de 16 ans une fièvre typhoïde grave et à 27 une crise aiguë de neurasthénie avec pertes séminales.

Il a toujours été très myope surtout de l'œil droit mais n'a jamais porté de verres correcteurs. Au mois de février 1906 il voit subitement du côté droit des points noirs flottants qui passent devant lui, leur nombre va continuellement et rapidement en augmentant. Les objets prennent une teinte jaune sale, indéfinie. Puis il voit peu à peu les objets déformés, les lignes droites cessent de l'être, le brouillard va toujours en s'épaississant. Au mois de septembre de la même année l'œil gauche reprend et il éprouve de ce côté exactement les mêmes phénomènes.

Le 9 novembre 1906. — Il vient pour la première fois à la consultation des yeux à l'Hôtel-Dieu et l'on diagnostique.

OD : décollement presque complet de la rétine.

OG : choroïdite myopique avec staphylome postérieur ; sensation de phosphènes lumineux. V = 0, 4 avec — 60.

On fait 20 injections sous-conjonctivales de sérum physiologique, on lui fait prendre de l'iodure de potassium et l'on prescrit un repos absolu de la vue. Malgré cela l'œil droit s'étend peu à peu et les amis du malade lui disent qu'il a une cataracte.

L'œil gauche se perd également et à partir du mois de mars

1907 le malade ne peut plus ni lire ni écrire, mais il se conduit toujours, ce n'est qu'à partir du mois de décembre 1907 qu'il ne peut plus se conduire.

Il revient nous voir à l'Hôtel-Dieu le 17 mars 1908 et nous constatons :

O D : réflexes pupillaires très faibles, la chambre antérieure est très effacée et la cataracte complète. Mais elle est de teinte irrégulière, les couches postérieures sont plus opaques. Aucune sensation lumineuse.

O G : Vaste décollement de la rétine, les réflexes pupillaires sont très faibles. Le malade aperçoit la lumière mais ne compte pas les doigts. Il supporte très bien son infirmité et est en train d'apprendre le métier de masseur.

Observation 17.

A... Victorine, âgée de 55 ans.

Antécédents héréditaires. — Père mort très jeune, mère morte à la suite d'une épistaxis et était très myope.

Antécédents personnels. — Seule enfant, a eu la scarlatine? Réglée à 11 ans et toujours régulièrement. Mariée, a eu un fils né à terme, mort à l'âge de 18 ans à la suite d'un accident; une fausse couche de quatre mois. Mariée, a eu un homme alcoolique qui est mort de paralysie et de démence, paralysie générale probable. Comme affection nous retrouvons une ancienne métrite et des polypes utérins opérés.

Comme antécédents oculaires, dans son enfance elle a eu souvent mal aux yeux à la suite d'empédigo, affections qui ont disparu au moment de l'apparition des règles. Elle a toujours

été myope mais ne porte des verres correcteurs que depuis quinze ans.

En 1903. — Au moment de la ménopause, à la suite d'une hémorragie la malade voit sa vision disparaître subitement du côté droit. Se trouvant à Buenos Ayres elle consulte un oculiste français qui diagnostique un décollement de la rétine et prescrit de l'atropine. Elle quitte Buenos-Ayres et rentre en France.

En octobre 1906. — Elle vient à l'Hôtel-Dieu parce qu'elle souffre de l'œil droit, elle a des maux de tête avec infection et larmoiement. On lui met des sangsues aux tempes et derrière les oreilles.

De l'œil droit et gauche elle a une myopie de — 10 d. Sur son observation on inscrit :

O D : douloureux, injection périkératique, photophobie, larmoiement, iritis, changement de couleur de la pupille sans réaction excentrique, pupille crénelée, cataracte choroïdienne, champ visuel à la bougie perdu en grande partie, conservé seulement en bas et en dehors, tonus normal.

O G : V = 0,2 avec — 8. Lésions de scléro-choroïdite.

Le 16 *novembre* 1906. — On constate à droite une hémorragie dans la chambre antérieure.

Le 16 *novembre.* — Des corps flottants du vitré du côté gauche.

Le 23. — Du côté gauche léger iritis pour lequel on prescrit de l'atropine de la cocaïne, des frictions mercurielles et 1 gramme d'iodure de potassium par jour.

Le 5 *décembre.* — L'œil droit est un peu douloureux à la pression mais le tonus est normal.

Le 6 *avril* 1908. — La malade revient pour la dernière fois à la consultation de M. le professeur De Lapersonne.

A droite la cataracte est complète, la pupille est un myosis

et immobile grâce à de nombreuses synéchies. Aucune perception lumineuse, légères douleurs à la pression, l'œil est petit et très mou.

A gauche scléro-choroïdite avec un grand staphylome. V = 0,2 avec 10 d, le champ visuel est très rétréci. La malade demande à être placée dans un hospice. On lui donne un certificat pour cela.

Il ne faut pas seulement examiner la projection lumineuse qui certes est un facteur important, une des conditions capitales pour opérer une cataracte choroïdienne ; mais il faut également tenir le plus grand compte du tonus de l'œil. Il ne faut pas se contenter de le prendre une fois au cours de la cataracte, il faut le prendre chaque fois que l'on examine l'œil et ne pas opérer s'il n'est pas normal ou à peu près normal. En effet si nous examinons les observations citées plus haut, nous voyons que chez tous les malades où l'opération n'a pas été suivie de succès, le tonus de l'œil était modifié, était diminué le plus souvent. Mais il peut également être augmenté comme cela est arrivé pour la malade de l'observation 18.

L'étude de la tension de l'œil peut être en effet une contre-indication absolue à une extraction de cataracte, même si la projection lumineuse est conservée, en apparence du moins. Nous avons vu, quand nous avons exposé les troubles du vitré, qui accompagnent l'évolution de la cataracte choroïdienne, que la diminution du tonus de l'œil est un signe certain de l'organisation du corps vitré, qui se rétracte et par conséquent que le

décollement rétinien est proche, s'il n'existe pas déjà. Opérer dans ces conditions serait une folie, ce serait encore diminuer le tonus de l'œil, rendre le décollement de la rétine fatal. Et nous n'avons qu'à jeter un coup d'œil sur les observations déjà citées pour voir que partout où le tonus de l'œil est très bas, M. le professeur De Lapersonne n'a pas voulu intervenir, du moins les résultats ont été très mauvais, le tonus ayant continué à diminuer et la vision ayant complètement disparu.

Il ne faut pas non plus opérer les cataractes choroïdiennes quand le tonus de l'œil est élevé ; quand il y a un peu de glaucome, ou simplement des menaces, car on s'expose alors à avoir des hémorragies expulsives au moment de l'extraction du cristallin, par suite de la décompression brusque due à l'issue de l'humeur aqueuse d'une part, et du cristallin de l'autre. Il se passe dans ce cas un phénomène analogue à celui qui se passe dans une vessie absolument pleine d'urine que l'on vide complètement et trop rapidement, il se produit une hémorragie *ex vacuo*. Ces sortes d'hémorragies se reproduisent du reste dans toutes les cavités que l'on décomprime trop rapidement, telles que la plèvre dans les pleurésies avec gros épanchement et dans les ponctions lombaires. Dans l'œil ces hémorragies sont encore assez fréquentes. M. le professeur De Lapersonne nous a maintes fois cité soit au cours de ses consultations à la polyclinique, soit à ses cliniques, des cas d'hémorragies expulsives dont il aurait été le témoin. L'opération marche bien, l'extraction du cristallin est complète. On fait une légère compression sur l'œil pour le laisser reposer, se

refaire la chambre antérieure et tout d'un coup on voit le sang couler à travers le pansement, hémorragie abondante qui demande un tamponnement sérieux et une énucléation le lendemain ou surlendemain. D'autres fois l'hémorragie est plus tardive, l'opération est achevée, le pansement appliqué, le malade est dans son lit et c'est à l'occasion d'un mouvement d'une petite quinte de toux que survient l'hémorragie, hémorragie aussi grave que la précédente, aussi abondante, elle traverse le pansement et le pronostic est le même.

Faut-il donc abandonner toutes les cataractes choroïdiennes dont le tonus de l'œil est un peu élevé, toutes les fois qu'il y a menace de glaucome ? Non mais il faut faire une opération préparatoire. Quand nous avons parlé du choix de l'opération pour extraire une cataracte choroïdienne nous avons insisté et tous les auteurs sont du même avis, il faut faire une extraction combinée avec l'iridectomie et mieux faire une iridectomie préparatoire quelques jours auparavant. Toutes les fois que le tonus est un peu élevé l'iridectomie préparatoire est indispensable, c'est à la fois une iridectomie préparatoire et surtout antiglaucomateuse. Elle suffit parfois pour ramener le tonus à la normale ou du moins on y arrive très bien ensuite avec l'aide de la pilocarpine ou encore de l'ésérine huileuse. Quand le tonus est redevenu normal, c'est-à-dire quelques jours après quand tout danger de glaucome a disparu, on peut faire l'extraction du cristallin. Telle a été la conduite de M. le professeur De Lapersonne pour la malade dont nous allons exposer l'observation.

Observation 18.

Marie G..., 74 ans.

Antécédents héréditaires. — Parents morts âgés et voyaient bien clair.

Une sœur morte jeune mais voyant bien clair.

Antécédents personnels. — A eu à l'âge de 32 ans la variole et quelques mois après la scorlatine.

A été réglée à l'âge de 13 ans et toujours régulièrement. Mariée elle a eu deux enfants, tous deux nés à terme vivants et très bien portants. N'a jamais eu de fausses couches.

C'est depuis cinq ans seulement qu'elle a commencé à s'apercevoir que sa vision diminuait, elle ne voyait plus assez pour coudre. La malade qui a toujours été sujette aux vomissements, éprouve à ce moment des sensations d'éclairs, des phosphènes, la grande lumière ne la fatigue pas encore mais peu à peu elle gêne, il en est de même pour la neige. La vue continue à baisser peu à peu.

Il y a seulement un an qu'elle se décide à aller consulter un spécialiste, elle va à la clinique Rotchild où on lui fait prendre pendant six mois de l'iodure de potassium, ce qui ne produit aucune amélioration.

Ce n'est qu'au mois de janvier 1908 qu'elle vient pour la première fois à l'Hôtel-Dieu et l'on diagnostique :

O G D : opacités cristallininnes plus marquées à gauche, mydriase avec faible réaction papillaire. O G : mauvaisé perception lumineusé, ne voit la lumière que du côté temporal. O D compte les doigts à 1 m. 50. Papilles excavées, tension élevée, on prescrit de la pilocarpine.

21 *janvier.* — La tension revient normale, les pupilles ont de 1 mm. 50 à 2 millimètres. Toujours même acuité visuelle.

23 *mars.* — Nouvelle visite à l'Hôtel-Dieu où je l'examine pour la première fois et je constate.

O G : cataracte choroïdienne au début consistant en quelques cavaliers cataractés, surtout à la partie externe ; les milieux sont troubles mais permettent d'apercevoir quelques placards de pigments qui sont disséminés dans le pôle postérieur. V. compte les doigts à 50 centimètres.

O D : cataracte plus avancée, tonus élevé.

24 *mars.* — On fait à droite une iridectomie antiglaucomateuse et préparatoire à la cataracte.

25 *mars.* — Suites opératoires normales. On met de ésérine huileuse.

26 *mrrs.* — On ne met pas ésérine.

27 *mars.* — On enlève le pansement et l'on constate une opacification du cristallin qui est plus avancé, avec de nombreux cavaliers cataractés mais ne se trouvant pas sur le même plan ; la plus grande partie sont sur la face postérieure. Le vitré est un peu trouble mais malgré cela on aperçoit des zones de la choroïde qui sont beaucoup plus foncées et qui semblent indiquer des lésions de choroïdite.

Voici donc un cas dans lequel M De Lapersonne a fait une iridectomie à la fois préparatoire et antiglaucomateuse, longtemps avant l'extraction ; car nous croyons qu'il faut encore attendre des mois pour que cette cataracte soit bonne à opérer. En attendant, le tonus de l'œil est redevenu normal et toute menace de glaucome paraît écartée. Il y a donc des chances que l'on ait un

succès si l'on opère quelque jour cette cataracte choroïdienne.

Il ne suffit pas pour opérer que le tonus soit normal ou à peu près ; car on peut opérer un œil dont le tonus n'est pas absolument normal, mais simplement un peu bas, de même qu'avec un tonus un peu élevé on peut faire l'extraction du cristallin en ayant soin de faire une iridectomie préparatoire. Malgré que le tonus soit normal et que la perception lumineuse existe, il faut, avant d'opérer, s'assurer de l'état du nerf optique. Nous savons que très souvent la syphilis est une cause de cataracte choroïdienne, car c'est elle qui est la cause des iritis, irido-choroïdites qui ont amené l'opacification du cristallin, en un mot la syphilis est très souvent la cause première de l'affection qui nous occupe. Mais la syphilis n'agit pas seulement sur la membrane vasculaire de l'œil, elle a en même temps une affinité spéciale pour le nerf optique. Aussi avant d'intervenir devons-nous être sûr que ce dernier est à peu près normal, qu'il n'y a aucun signe de tabes, ni d'atrophie optique, d'où non seulement la nécessité de faire l'examen sérieux des réflexes pupillaires. Mais avant de conclure à l'absence de réflexes pupillaires, à un signe d'Argyll, il faudra s'assurer que cette immobilité papillaire n'est pas due à une cause mécanique, à la présence de synéchies postérieures et d'adhérences. Aussi faudra-t-il faire un examen médical complet ; voir s'il n'existe pas d'autres signes de tabes, si le malade n'a pas eu de crises gastriques tabétiques. S'il n'a pas de signe de Romberg, si ses réflexes tendineux sont conservés. Et ce n'est qu'après

cet examen sérieux, surtout si la nature spécifique de la choroïdite est évidente ou avouée. Il est évident qu'en cas de tabes on n'opérerait pas, puisque l'on sait que le nerf optique est mauvais ou va le devenir. C'est ce qui est arrivé pour la malade dont nous allons citer l'observation.

Observation 19.

C... Marie, 53 ans.

Antécédents héréditaires.— Mère, morte à 79 ans, était rhumatisante et avait une maladie de cœur.

Cinq frères ou sœurs tous plus ou moins maladifs ; l'un est neurasthénique et rhumatisant, un autre a des douleurs et du larmoiement.

Antécédents personnels. — A eu dans l'enfance de fortes convulsions, des épistaxis fréquentes d'où anémie. Pas de fièvre infectieuse ; à 19 ans, à la suite d'un accouchement, première apparition de symptômes d'hystérie.

Réglée à 13 ans et toujours un peu en avance, maux de gorge fréquents, chute de cheveux à 18 ans.

A eu trois enfants vivants nés à terme mais très maladifs.

Vers l'âge de 30 ans a eu de violentes crises d'estomac avec coliques très fortes. Crises à début subit, dans la rue, n'importe où ; elles étaient suivies de vomissements, ce qui amenait un soulagement. Ces crises ont duré quelques années et peu à peu leur nombre a été en diminuant. A ce moment-là la malade s'aperçoit qu'elle a un léger retard dans la miction. Depuis un an, elle a de l'incontinence d'urine, surtout après le repas ; en

même temps elle commence à avoir des douleurs fulgurantes dans les jambes.

Jusqu'à l'âge de 50 ans cette malade a eu une excellente vision, lorsque brusquement elle a eu une sensation de brouillard devant les yeux, en même temps elle voyait des taches noires qui remuaient dans son champ visuel. Elle vient à l'Hôtel-Dieu pour la première fois le 27 octobre 1905 et l'on constate.

O D : névrite optique avec milieux de l'œil, troubles, macula peu visible et des vaisseaux tortueux : V = 1 8 avec — 1 d. 50.

O G : même chose V = 0,01 (?).

On fait des injections intraveineuses de cyanure de mercure, 1 centigramme par injection, et la vision revient à la douzième. La malade sort de l'Hôtel-Dieu mais elle revient trois semaines après car sa vision a baissé de nouveau, on refait des injections intraveineuses et la vue revient peu à peu.

Le 28 juillet 1906. — Nouvelle visite de la malade dont l'œil gauche est devenu subitement rouge et douloureux. On constate une iridocyclite. Nouvelle série de piqûres qu'on est obligé d'interrompre presque aussitôt, la malade faisant des accidents d'intoxication hydrargirique.

8 *août*. — Le tonus augmente du côté gauche, on constate une iritis hémorragique, on reprend les injections intraveineuses et l'on fait des instillations d'ésérine.

10 *août*. — Le tonus a diminué, les douleurs sont moins fortes, on arrête les instillations d'ésérine, l'examen des urines ne montre ni sucre, ni albumine.

Du mois d'août 1906 *au mois de novembre* 1907. — La malade subit des séries d'injections intraveineuses, malgré cela la vue diminue toujours.

Novembre 1907. — On constate : OG, atrophie optique tonus — 3, cristallin cataracté.

29 *mars* 1908. — J'examine la malade pour la première fois et je constate:

O G : œil très diminué de volume, tout à fait mou, la pupille est immobile avec de nombreuses synéchies postérieures, l'iris est un peu verdâtre ; le cristallin est complètement cataracté, blanc luisant, il n'y a aucune perception lumineuse.

O D : pupilles très paresseuses, synéchies postérieures nombreuses, les milieux de l'œil sont tout à fait troubles d'où impossibilité de voir le nerf optique.

Je compte les doigts à 1 m. 20

En plus de ses crises gastriques, de ses troubles, de la miction, la malade a une perte complète des réflexes rotuliens et achilléens, avec un peu de signe de Romberg. Le tableau clinique du tabes est donc au complet, elle continue à venir régulièrement se faire faire des injections intraveineuses de cyanure de mercure par séries de vingt.

Enfin dernière recommandation, on n'opérera jamais une cataracte choroïdienne, non seulement en pleine poussée de choroïdite ou d'irido-choroïdite mais même plusieurs mois après. Il faut attendre que tous les phénomènes inflammatoires soient complètement éteints, avant de toucher à ces yeux. Opérer avant serait s'exposer aux pires accidents, réveiller une choroïdite qui ne serait qu'apaisée, s'exposer à une attaque de glaucome aigu, et les résultats seraient déplorables. Il faut attendre au moins six mois après toute crise aiguë pour pouvoir intervenir. Il faut s'assurer qu'il n'y a aucune

réaction ciliaire. Par conséquent, la pression du globe surtout au niveau de la région ciliaire ne doit réveiller ni provoquer aucune douleur. L'œil doit être tolérant et ne pas rougir au moindre contact. On essaiera donc les attouchements de la conjonctive, avec une pince à fixer. De même l'on instillera soit de la cocaïne, soit de l'atropine. Si, ni les attouchements, ni la pression du globe, ni les instillations n'amènent de douleur ou de rougeur de l'œil, on peut conclure que toute poussée inflammatoire est éteinte et l'on peut opérer avec toutes les chances possibles de succès, succès qui ne sera que relatif, car il ne faut pas oublier que derrière la cataracte nous avons un corps vitré qui est plus ou moins trouble, plus ou moins modifié, et que la choroïde est malade.

Telles sont donc les conditions nécessaires pour opérer sagement et avec chances de succès une cataracte choroïdienne. Il en est cependant une que certains auteurs recommandent et qui est spéciale aux femmes : c'est de n'opérer ces cataractes chez la femme qu'après la cessation des règles. Le Dr Valude est un des défenseurs de cette opinion et à plusieurs reprises y a insisté au cours de ses consultations à la clinique nationale des Quinze-Vingts. Il veut qu'on attende la ménopause pour les opérer, surtout si elles sont survenues au moment de la cessation des règles, ainsi que cela arrive quelquefois, car à cette période de la vie, les femmes sont plus exposées à faire des poussées de choroïdite, l'opération risquerait donc de les provoquer. Toutes les fois que la malade sera près de la méno-

pause, il sera donc plus prudent d'attendre que la malade ait cessé d'être réglée, à moins que l'on soit obligé d'intervenir plus tôt.

Malheureusement toutes les cataractes choroïdiennes qui se présentent à nous, ne remplissent pas toujours toutes ces conditions opératoires. Que de fois l'on voit des malheureux qui, après des séries de poussées de choroïdites ou d'irido-choroïdites, perdent complètement la vision d'un côté, tandis que l'acuité baisse progressivement de l'autre et un beau jour ils font une cataracte choroïdienne. Inutile de dire que cette cataracte se présente le plus souvent dans les plus mauvaises conditions; la perception lumineuse est plus ou moins défectueuse ; ou bien si l'on a suivi le malade l'on connaît le mauvais état de son fond d'œil, ou bien le tonus est très défectueux, il est ou très élevé, avec menace de glaucome, ou au contraire l'œil est mou. En un mot il n'existe aucune des conditions d'opérabilité de ces cataractes, ou du moins, s'il en existe quelques-unes, elles sont réduites à leur minimum.

Dans ces cas presque désespérés, quand la cataracte est complète, quand le malade est aveugle, il faut tenter tout de même l'opération. Le malade n'a rien à perdre, il ne voit plus, il a tout à gagner ou du moins il a quelques chances de retrouver un peu de vision. C'est un devoir de tenter quelque chose, surtout quand ces malades sont jeunes, ce qui est la règle générale. Si peu de vision qu'on leur donne, ce sera toujours autant de gagné, quelquefois même les résultats dépasseront nos espérances, ainsi que cela est arrivé pour

notre malade de l'observation 13 à qui on avait donné un certificat d'incurabilité. Nombreux sont en effet les cas en apparence désespérés chez lesquels l'opération a été suivie d'un succès plus ou moins grand.

Observation 20

Due à l'obligeance de M. le professeur De Lapersonne.

M. M..., officier de marine en retraite âgé de 73 ans, se présente le 22 octobre 1905 à la consultation de M. le professeur de Lapersonne qui constate :

Du côté droit, une cataracte régressive capsulo-lenticulaire à noyau brillant. L'œil est dévié en stabisme externe. Cependant la projection lumineuse tant périphérique que centrale est très bonne.

Du côté gauche, chorio-rétinite avec large décollement de la rétine consécutif à une hémorragie, à peine s'il existe un peu de perception lumineuse en haut et en dehors, en quelques semaines le décollement rétinien devient complet V = 0.

Le malade est un vieil artérioscléreux, la syphilis est fort douteuse. Pendant plusieurs mois il a été soigné avec du sérum de Trunecek et a suivi un régime alimentaire très sévère. Malgré cela son état est resté stationnaire, le malade est aveugle, il demande une amélioration, il veut qu'on tente une opération.

Sur ces instances M. De Lapersonne se décide à opérer son œil droit le 22 mars. L'opération est très laborieuse : après une iridectomie et arrachement de la capsule qui est épaisse au moyen de la pince de Forster, on ramène péniblement les débris de la cataracte, qui viennent par flocons, certaines parties sont

même crayeuses, c'est presque une cataracte aride. Ce n'est qu'après avoir fait une section de l'iris que l'on arrive à extraire cette cataracte, extraction qui est suivie d'une hémorragie dans la chambre antérieure.

Les suites opératoires sont cependant normales. La chambre antérieure est longue à se reformer. Quelque temps après on a une pupille bien claire, à peine s'il reste un tout petit débris blanc chatoyant. Les milieux de l'œil sont clairs, aussi on voit très bien le fond, la papille est entourée d'un cercle d'atrophie choroïdienne sénile, mais on ne trouve pas de traces d'hémorragie rétinienne.

L'astigmatisme post-opératoire est considérable, la vision est égale à cinq dixièmes.

V = 0,5 avec + 8 sphérique convexe associé à + 5 cylindrique axe horizontal, pour de près le malade porte + 12 sphérique convexe.

Ce résultat s'est maintenu jusqu'à aujourd'hui mais l'astigmatisme n'a pas diminué. Il y a quelques jours, ce malade a écrit à M. De Lapersonne qu'il avait de l'érythropsie, c'est en suivant les régates de Nice qu'il s'en est aperçu, c'est du reste un phénomène que l'on observe quelquefois chez les opérés de cataracte.

Observation 21

M. Dor dans l'*Encyclopédie*, article « *Cataracte* ».

« Tout au début de ma carrière d'oculiste, je fus appelé à « examiner une dame âgée de 45 ans, très connue comme aveu- « gle depuis plusieurs années dans la petite ville où je venais de

« m'établir. Elle avait, disait-elle, consulté plusieurs fois aupa-
« ravant les oculistes de Londres et de Paris qui lui avaient
« déconseillé tout traitement? Je constatais une occlusion com-
« plète des deux pupilles, aucune vision qualitative mais la
« vision quantitative était bonne au moins sur un œil et la
« projection de la lumière presque normale. J'exposai donc à la
« malade qu'il y avait lieu de faire une iridectomie, mais que
« comme la maladie durait depuis quinze ans, il était plus que
« probable que nous trouverions derrière l'iris une cataracte qu'il
« faudrait opérer plus tard. Elle déclara vouloir se soumettre à
« toutes les opérations nécessaires, mais très aimablement elle
« me fit observer que je courais de grands risques au point de
« vue de ma clientèle débutante si je m'exposais à un échec.
« Malgré cela je n'hésitais pas, je pratiquais une large iridecto-
« mie en haut, et comme je m'y attendais je trouvais une cata-
« racte ultra mure. Mais déjà après cette première opération
« elle voyait à la lumière la séparation de ses doigts et commen-
« çait à espérer. Quinze jours plus tard suivit l'extraction de la
« lentille, sans aucune difficulté, ni accident, et le résultat fut
« après correction V = 0,3 — 0,4. Il restait toutefois une
« légère cataracte secondaire, dont je fis la décision un mois
« plus tard et alors la vision fut = 1 et cet état se maintint
« jusqu'à sa mort, vingt-cinq ou trente ans plus tard. »

Observation 22.

G. . . Grégoire, 44 ans.

Antécédents héréditaires. — Père encore vivant, se porte bien et voit bien clair. Mère âgée de 73 ans, se porte bien.

Sur onze enfants il n'en reste que trois, les autres sont morts dans l'enfance entre 2 et 11 ans.

Antécédents personnels. — Durant son enfance a eu une pneumonie et de nombreux abcès dans la gorge mais pas de syphilis.

Marié, il a quatre filles, toutes venues à terme et très bien portantes. Sa femme n'a jamais fait de fausses-couches.

Il voyait très bien jusqu'à il y a sept ans lorsqu'à cette époque (1901) sa vue s'est mise à diminuer très rapidement sans autres douleurs que des démangeaisons, pas de rougeur de l'œil, mais le malade éprouve des phosphènes, des éclairs, il est très gêné quand il passe d'un endroit sombre dans un endroit bien éclairé.

Ce n'est que le 15 février 1905 qu'il vient à l'Hôtel-Dieu pour la première fois parce que sa vue baissait toujours et l'on inscrit sur sa fiche « iritis ancienne » ayant amené une synéchie totale pour laquelle on a fait une double iridectomie. De plus il y a actuellement des taches de choroïdite dans le fond de l'œil.

En 1906. — On lui délivre un certificat afin qu'il soit secouru par son bureau de bienfaisance.

Nouvelle visite le 1er avril 1908 et j'examine le malade pour la première fois et je constate :

Du côté gauche : une légère rougeur de la conjonctive. La cornée est transparente, la chambre antérieure peu profonde. Il existe une large iridectomie allant jusqu'à la périphérie de l'iris, la partie inférieure étant obstruée par une synéchie considérable. On ne peut pas voir le fond de l'œil, le tonus est un peu bas.

V = compte les doigts à 75 centimètres.

Du côté droit : la conjonctive et les voies lacrymales sont

saines ; la chambre antérieure est peu profonde. L'iridectomie est encore plus large qu'à gauche avec ectropion de l'uvée à la partie inférieure de la pupille, adhérence de l'iris à la cicatrice de la plaie qui était trop en avant sur la cornée. Le cristallin est opacifié, la cataracte est mûre, d'une couleur uniforme blanche, chatoyante, le tonus est à peu près normal, la projection lumineuse est très bonne.

Le 7 avril. — M. de Lapersonne fait l'extraction du cristallin, extraction relativement facile et complète de toute la lentille, mais est suivie d'une légère hémorragie dans la chambre antérieure. Les suites opératoires ont été normales. Le malade a quitté l'hôpital au bout de quatorze jours, malheureusement nous ne l'avons pas revu depuis.

CONCLUSIONS

1° Sous le nom de cataractes choroïdiennes il faut entendre, d'une façon générale, celles qui accompagnent de près ou de loin les affections du tractus uvéal.

2° On les observe, comme conséquences tardives des scléro-choroïdites antérieures, des irido-choroïdites avec synéchies postérieures, des cataractes dites myopiques avec ou sans décollement de la rétine, etc.

3° Quelques-unes de ces cataractes sont opérables, mais aux conditions suivantes, qui doivent être examinées avec le plus grand soin.

A). — Il existe une bonne projection lumineuse au centre et à la périphérie.

B). — La tension intra-oculaire n'est ni augmentée ni surtout diminuée.

C). — L'œil n'est pas irritable. La conjonctive n'est pas parcourue d'une façon continue, par de nombreux vaisseaux indiquant une circulation intra-oculaire défectueuse.

4° Une iridectomie préparatoire est fréquemment

indiquée soit pour favoriser la maturation, soit pour détacher des synéchies postérieures, soit pour tâter la susceptibilité de l'œil au traumatisme chirurgical.

5° Les cataractes supramures, capsulo-lenticulaires, régressives, morgagniennes, etc... qui s'observent si souvent dans ces variétés choroïdiennes, ne sont pas toujours une contre-indication à l'intervention chirurgicale. L'opération peut donner des résultats tout à fait inattendus sur des yeux que l'on considérait comme perdus depuis longtemps.

6° En s'en tenant à ces principes, et en opérant d'une façon tout à fait aseptique, les suites opératoires sont tout à fait aussi simples que dans une cataracte sénile ordinaire.

7° Dans l'appréciation du résultat optique de ces cataractes il faudra faire entrer en ligne de compte l'organisation du corps vitré qui est une des conséquences des choroïdites.

Vu : le Président de la thèse
DE LAPERSONNE

Vu : le Doyen,
LANDOUZY

Vu et permis d'imprimer
Le Vice-Recteur de l'Académie
LIARD

Impr. des Facultés, A. MICHALON, 10, rue de Vaugirard, Paris.

BIBLIOGRAPHIE

Abadie. — Traité des maladies des yeux, 1876.

Chabannes. — Synchisis étincelant. *Société. anat. et physiologique de Bordeaux*, 1895.

Caudron. — Étude sur les traumatismes du cristallin à propos d'un cas de contusion simple. *Revue générale d'ophtalmologie*, 1888.

Chavez. — Cataractes ultramûres. *Recueil d'ophtalmologie*, 1889.

Chiray. — *Thèse Paris*, 1875.

Cognet. — *Thèse de Paris*, 1886.

Desmarres. — Traité des maladies des yeux, 1852.

M'Dor. — *Encyclopédie française d'ophtalmologie.*

Dolard. — *Thèse de Lyon*, 1890.

Dubarry. — *Thèse de Paris*, 1869.

Follin. — Leçons sur la choroïdite.

Foucher. — Leçons sur la cataracte.

Fush. — Nouveau traité des maladies des yeux.

Gayet. — *Lyon médical*, XXXIII.

Alf de Graefe. — *Arch. f. ophtal.*

Heuls. — *Thèse de Lyon*, 1903.

Laferre. — De l'issue du vitré dans la cataracte. *Ophtalmologie de province*, 1906.

De Lapersonne. — Étude clinique sur la maturation artificielle de la cataracte. *Thèse de Paris*, 1883.

— Glaucome et cataracte. *Archives d'ophtal.*, 1906.

De Lapersonne. — Leçon clinique inédite, février 1908.

— Leçon clinique inédite, mai 1908.

Lafargue. — *Thèse de Bordeaux*, 1903.

Panas. — *Archives d'ophtal.*, 1881.

— Leçons cliniques d'ophtalmologie, 1899.

— 17e leçon sur la scléro-choroïdite.

Parisotti. — Maturation artificielle de la cataracte. *Recueil d'oph.*, 1889.

Robert. — *Annales d'oculistiques.*

Rochon Duvigneaud. — *Bulletin de la Société française d'ophtalmologie*, 1894.

Rœmer. — *Arch. f. ophtal.*, 1905.

Rohmer. — *Encyclopédie française d'ophtalmologie.*

Terrien. — *Archives d'opht.*, 1895.

Terson. — *Archives d'opht.*, 1892.

— Sur la pathogénie et la prophylaxie de l'hémorragie expulsive après l'extraction de la cataracte. *Archives d'opht.*, 1894.

Truc et Valude. — Traité des maladies des yeux, 1896.

Venneman. — *Encyclopédie française d'ophtalmologie.*

Vinsonneau. — *Thèse de Paris*, 1904.

Warlomont. — Corps étrangers de l'œil. Accidents consécutifs.

De Wecker et Masselon. — Traité des maladies des yeux, 1889.